UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 - N° 53

VALEUR PRONOSTIQUE
et utilité pratique en gynécologie de la mesure répétée de la vitesse de sédimentation

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 Mai 1955

PAR

Madeleine-Marie LAGARDE
née LARRAT

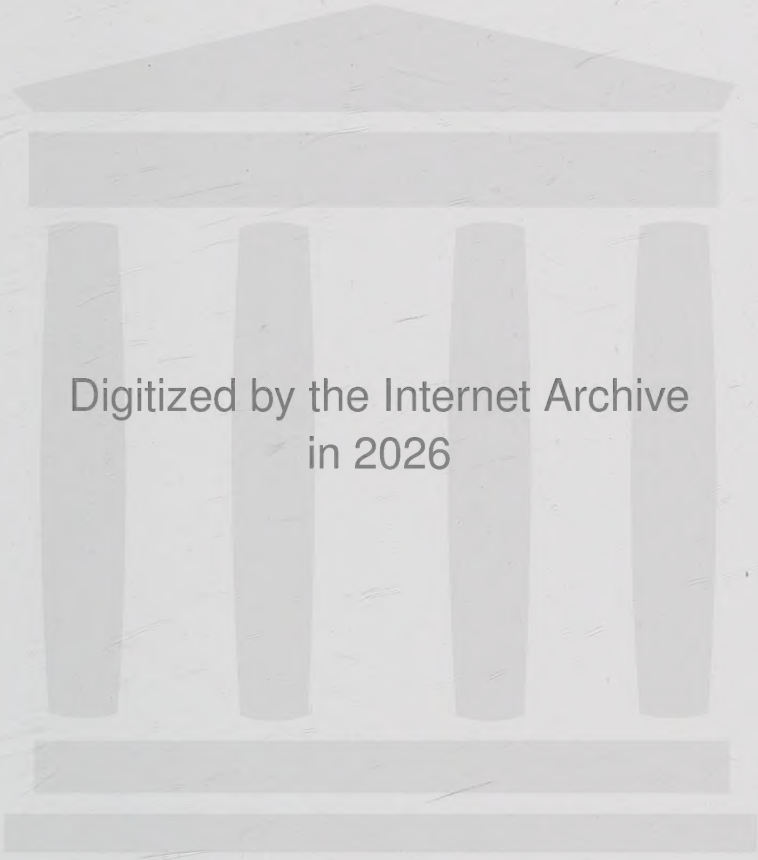
née le 4 septembre 1927, à Pau (Basses-Pyrénées)

Examinateurs de la Thèse — MM. MAGENDIE, Président. FONTAN, Professeur. CHAVANNAZ, Agrégé. MASQUELIER, Maître de Conférences, Agrégé. — Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1955


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0048

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 - N° 53

VALEUR PRONOSTIQUE
et utilité pratique en gynécologie de la mesure répétée de la vitesse de sédimentation

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 Mai 1955

PAR

Madeleine-Marie LAGARDE
née LARRAT

née le 4 septembre 1927, à Pau (Basses-Pyrénées)

Examinateurs de la Thèse : MM. MAGENDIE, Président. FONTAN, Professeur. CHAVANNAZ, Agrégé. MASQUELIER, Maître de Conférences, Agrégé. — Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX BROUSTET	Pathologie générale et expérimentale	SARIC
		Clinique ophtalmologique.	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale	PAPIN MASSÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique d'accouchements.	RIVIÈRE	Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Clinique gynécologique	MAGENDIE	Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Anatomie	DUFOUR	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	MAYER	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JOULIA
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD	Clinique des maladies des voies urinaires.	DARGET
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	MESNARD	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Matière médicale	GOLSE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Pharmacie	VITTE	Botanique et cryptogamie.	GIRARD
Physiologie	FABRE	Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Clinique médicale des maladies des enfants.	FONTAN	Hydrologie thérapeut. et climatologie	DUBARRY
Zoologie et parasitologie.	SIGALAS		

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Anatomie pathologique	LEGER	Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Anatomie	RIGAUD	Pharmacie (2e section)	MASQUELIER QUILICHINI
Biochimie médicale	NEUZIL		
Pathologie expérimentale	FAURE	Pharmacie (3e section)	CAZAUX

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ : R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN LENG-LEVY MORETTI LAVIGNOLLE	Obstétrique	CHASTRUSSE FAUGERE
		Ophtalmologie	BESSIERE
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
		Pédiatrie et puériculture.	VERGER
Chirurgie générale	LAUMONIER CHAVANNAZ VILLAR TINGAUD DEPAULIS	Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
		Electro-radiologie	LACHAPÈLE
		Odonto-stomatologie	BENOIT
		Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER	Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Accouchements	CHASTRUSSE	Chimie biologique	MARQUEVIELLE
Puériculture	VERGER PERY	Chimie analytique	BABIN
		Pathologie chirurgicale	LAUMONIER VILLAR
Législation pharmaceutique	COUSTOU	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Anatomie	CABANIÉ	Physiologie	BENELLI
Cryptogamie	LAUBIE	Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Obstétrique sociale	MAHON		

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON MARI

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MESDAMES LES ASSISTANTES

A MM. LES ASSISTANTS
DE LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MASQUELIER

Maître de Conférences Agrégé de Pharmacie

Docteur es Sciences

« Nous vous remercions d'avoir guidé, par vos conseils, notre expérimentation et de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse ».

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CHAVANNAZ

Agrégé de Chirurgie Générale

Chirurgien des Hôpitaux

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Membre de la Société Internationale de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Médaille militaire

Croix de Guerre 1914-1918 et 1939-1945

Officier d'Académie

« En remerciement de votre enseignement et de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse ».

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FONTAN

Professeur de Clinique Médicale des Maladies des Enfants

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction Publique

Commandeur du Nicham El Iftikhar

« Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu lors de notre passage dans votre service et pour la bienveillance que vous avez bien voulu nous témoigner depuis.

» Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail ».

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MAGENDIE

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Mon cher Maître,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour nous avoir accueillie dans votre service et pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard durant notre stage en gynécologie.

Votre enseignement si vivant et si profondément humain restera pour nous un exemple de bonté et de probité qui nous guidera tout au long de notre carrière.

Vous avez bien voulu nous confier ce sujet de thèse. Que ce travail soit une faible expression de notre reconnaissance.

PLAN

Dans ce travail, nous nous proposons, après un bref historique et quelques généralités sur la courbe de vitesse de sédimentation d'étudier ses applications en gynécologie :

— Au cours des états inflammatoires.

a) soit comme simple complément d'information si elle évolue de façon parallèle à la courbe de température ;

b) soit qu'elle se montre plus sensible, permettant :

— de surveiller l'efficacité du traitement,

— de dépister les rechutes et les complications.

— Pour le choix de l'heure des interventions chirurgicales.

— Dans les G.E.U. et les hémorragies internes (en nous aidant d'études expérimentales sur le lapin).

Nous essaierons ensuite de montrer l'utilité pratique et la valeur pronostique de la courbe de sédimentation.

Nous exposerons enfin nos conclusions.

SOMMAIRE

Pages

CHAPITRE PREMIER. — La sédimentation sanguine 11

CHAPITRE II. — Mesure de la vitesse de sédimentation.. 13

CHAPITRE III. — 1. Les variations physiologiques de la vitesse de sédimentation chez la femme 17

2. Les variations physiologiques de la vitesse de sédimentation au cours des états inflammatoires 18

CHAPITRE IV. — Surveillance de l'évolution et dépistage des rechutes par la courbe de vitesse de sédimentation 37

CHAPITRE V. — Dépistage des complications 55

CHAPITRE VI. — Choix de l'heure chirurgicale 63

CHAPITRE VII. — Anomalies apparentes de la courbe de vitesse de sédimentation 73

CHAPITRE VIII. — Etude de la vitesse de sédimentation dans les G.E.U. 77

CHAPITRE IX. — Le pronostic par la vitesse de sédimentation 83

CONCLUSIONS 85

BIBLIOGRAPHIE 87

CHAPITRE PREMIER

LA SÉDIMENTATION SANGUINE

Le phénomène de sédimentation sanguine est connu depuis longtemps. Déjà GALIEN désigne sous le nom de « Crusta phlogistica sanguinis », la couche que forme le plasma dans les cas de sédimentations spontanées observées sur des palettes à saignée.

La sédimentation, physiologique, se produit dans tous les sangs et elle est facilement visible si l'on a rendu le sang incoagulable.

Mais, en pathologie, la vitesse de sédimentation peut varier dans de larges mesures.

Ces variations ont fait l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons :

— En 1797 : les travaux de HUNTER et de ses élèves MOSSLER et WELKER.

— BIERNACKI décrit l'augmentation de la vitesse de sédimentation dans une liste d'affections pathologiques, rapportées en une série de publications s'étageant de 1893 à 1897.

— GILBERT et WEILL signalent en 1900, les modifications de la vitesse de sédimentation dans le purpura hémorragique.

—Hirsgfeld (1917) : Variations de la vitesse de sédimentation en obstétrique.

— Fahreus (1924) : Vitesse de sédimentation au cours de la grossesse et dans certaines maladies infectieuses et tumeurs.

Tandis que depuis 1918 les travaux se multiplient en Pologne, dans les Pays scandinaves, en Allemagne, ce n'est que lentement qu'ils ont vu le jour en France.

Pourtant, à l'heure actuelle, la mesure de la vitesse de sédimentation occupe une place essentielle parmi les examens complémentaires facilement réalisables.

CHAPITRE II

MESURE DE LA VITESSE DE SÉDIMENTATION

Pour apprécier la vitesse de sédimentation, nous avons utilisé la méthode de WESTERGREEN, en tubes droits.

On aspire deux centimètres cubes de sang citraté dans des tubes gradués, longs de 30 centimètres, de 2,5 millimètres de diamètre, que l'on place en position verticale sur un bâti spécial.

Une heure après, on lit la hauteur du sérum surnageant.

C'est la hauteur de cette couche de sérum, exprimée en millimètres, qui donne la valeur de la vitesse de sédimentation.

ETUDE PHYSIQUE DE LA SEDIMENTATION SANGUINE

La chute des globules rouges dans un sang rendu incoagulable, est régie par des lois physiques. La vitesse de chute des hématies est soumise à la loi de STOKES, traduisant la vitesse de chute d'un solide sphérique dans un liquide :

$$V = \frac{0{,}22\ r^2\ (d^1 - d^2)\ g}{n}$$

dans laquelle r représente le rayon de la sphère,

d1 la densité de la sphère,
d2 la densité du liquide,
g l'accélération de la pesanteur,
n la viscosité du liquide.

Les deux facteurs essentiels de la vitesse de chute sont donc :

1°) la viscosité du liquide,

2°) le rayon du sphérique qui intervient par son carré.

Or, les globules rouges ne tombent pas dans le plasma de façon isolée. Ils forment des agrégats « en pile de monnaie », plus ou moins volumineux. Plus les globules rouges auront tendance à s'agglutiner, plus la vitesse de sédimentation sera rapide.

Dans presque tous les cas, la vitesse de sédimentation sera proportionnelle à la viscosité du sang. Elle sera d'autant plus accélérée que le volume de la masse des érythrocytes sera plus bas par rapport à celui du plasma.

Ainsi si un processus évolutif vient perturber la composition protidique du plasma, la vitesse de sédimentation peut atteindre des valeurs considérables. Elle est d'autant plus troublée que l'infection a davantage touché l'état général ; une inflammation locale, un abcès froid enkysté peuvent ne pas l'influencer.

Le chiffre de la sédimentation varie proportionnellement à l'état infectieux et il est la traduction fidèle de l'évolution de cette infection.

Par exemple, dans le rhumatisme articulaire aigu, où la vitesse de sédimentation atteint des valeurs considérables, voit-on ces valeurs diminuer, tandis que les phénomènes infectieux s'amendent, sous l'influence du traitement et la normalisation de la vitesse de sédimentation est un critère de stabilisation aussi valable que l'apyrexie.

A l'opposé, dans les polyglobulies de certaines cardiopathics congénitales, la viscosité sanguine est telle que la sédimentation est d'une extrême lenteur et parfois même inexistante.

COURBE DE SEDIMENTATION

Un chiffre de sédimentation isolé n'est pas en lui-même un facteur absolu de pronostic.

Mais, en répétant tous les trois ou quatre jours la mesure de la vitesse de sédimentation, on peut obtenir de précieuses indications sur

— l'évolution de la maladie et le refroidissement des processus inflammatoires ;

— l'efficacité du traitement ;

— la survenue de complications.

L'intérêt des vitesses de sédimentation répétées n'est plus à souligner dans le domaine de la médecine générale. Nous nous proposons d'étudier leurs variations dans le domaine plus particulier de la gynécologie.

CHAPITRE III

I. - LES VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA VITESSE DE SÉDIMENTATION CHEZ LA FEMME

Avant la puberté : la vitesse de sédimentation est de six millimètres.

En période d'activité génitale : on considère comme chiffre normal 8 à 10 millimètres ;

Mais cette valeur subit des variations sous l'influence du cycle menstruel. Si elle paraît peu perturbée au moment de l'ovulation, en revanche, elle s'élève dès le premier jour des règles, pour revenir à sa valeur normale à la fin de la menstruation. Durant cette période, on admet qu'une vitesse de sédimentation de 15 millimètres est physiologique.

Lors des grossesses, on peut distinguer deux phases :

1) les cinq premiers mois de gestation pendant lesquels la vitesse de sédimentation atteint des valeurs moyennes entre 10 et 20 millimètres ;

2) les derniers mois où elle est beaucoup plus accélérée, 45 à 50 millimètres.

Après la ménopause : La valeur normale reste de 8 à 10 millimètres.

II. - LES VARIATIONS DE LA VITESSE DE SÉDIMENTATION AU COURS DES ETATS INFLAMMATOIRES

A) LA VITESSE DE SEDIMENTATION ET LA TEMPERATURE EVOLUENT DE FAÇON PARALLELE

L'atteinte de l'organisme par un agent infectieux va déclencher immédiatement des réactions de défense.

Le nombre des globules blancs augmente, tandis qu'apparaissent des substances de désintégration, premiers résultats de la lutte qui oppose ces globules blancs à l'agent infectieux. La présence de ces substances de désintégration dans le sang rompt l'équilibre plasmatique et cette modification se traduira par l'accélération de la vitesse de sédimentation des hématies.

Le plasma est très long à revenir à sa composition normale. Il est encore perturbé alors que l'infection paraît guérie, la température étant tombée et la leucocytose revenue à son taux habituel. La vitesse de sédimentation reste accélérée, tant que la réaction humorale n'est pas achevée, et son retour à la valeur normale peut être considéré comme le véritable test de guérison.

Ce retour à la normale peut se faire de façon progressive et régulière.

Quelle que soit la vitesse de sédimentation initiale traduisant l'ampleur des perturbations, sous l'influence du traitement, la courbe de V. S. peut descendre et revenir à la normale en lysis.

Ainsi que dans les sept observations suivantes, alors que la température est rapidement tombée aux environs de 37°, ce

n'est que beaucoup plus lentement que la vitesse de sédimentation a repris sa valeur physiologique, en même temps que s'améliorait peu à peu l'état local et que disparaissaient les signes de réaction annexielle et d'infection utérine.

Le test de vitesse de sédimentation nous a fourni, dans ce cas, un simple complément d'information, mais seul son retour à la normale permet d'affirmer la guérison d'une atteinte infectieuse de l'appareil génital.

OBSERVATION I

M^me^ T... Simone, 26 ans.

Entre dans le service le 29 novembre 1952.

Douleurs du bas-ventre et altération marquée de l'état général, succédant à un abortum survenu il y a 20 jours.

Examen :

Subictère.

Température : 38°.

Urines foncées.

Abdomen : Masse à concavité supérieure au-dessus de l'arcade crurale gauche tendue, très douloureuse.

T.V. : Masse dans le Douglas, tendue, excessivement douloureuse continue dans le cul-de-sac gauche, fixant le corps utérin qu'on ne peut apprécier.

Colpotomie : 300 cm^3 pus à coli.

2 décembre :

Bon état général,

mais V.S. : 130.

Abdomen souple. La masse gauche a diminué de volume.

5 décembre :

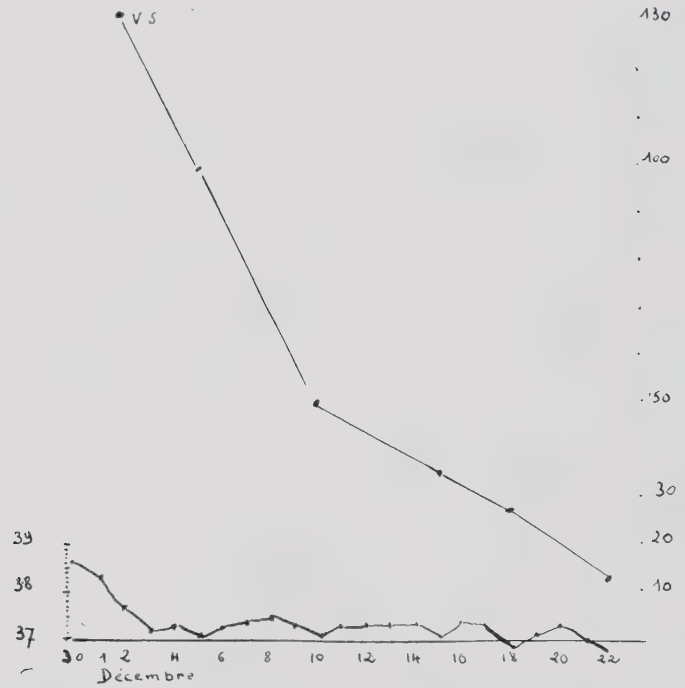
Température : 37°.

V.S. : 100.

11 décembre :

V.S.: 50.

T.V.: Utérus mobilisable. Peu de douleur à la mobilisation. Douglas induré, cicatriciel.



Obs. I

15 décembre :

Amélioration locale et générale se poursuit.

V.S.: 30.

La courbe de V.S. diminue régulièrement.

T.V.: Plus de douleur au T.V.

Légère induration du cul-de-sac gauche.

Sort le 22 décembre après épreuve du lever.

V.S.: 12.

OBSERVATION II

M^lle G... Gisèle, 23 ans.

Entre dans le service le 17 août 1954.

Douleurs aiguës du bas-ventre, irradiant dans les reins.

Pertes purulentes très abondantes.

Examen :

Malade pâle.

Palpation sus-pelvienne douloureuse.

V.S.: 41.

T.V.: Utérus mobile. Cul-de-sac droit : petite masse ; cul-de-sac gauche : comblé et douloureux.

Traitement : Dihydrobipénicilline.

21 août :

T.V.: Masse douloureuse postéro-droite, mobile. Masse plus volumineuse à gauche : pyosalpinx.

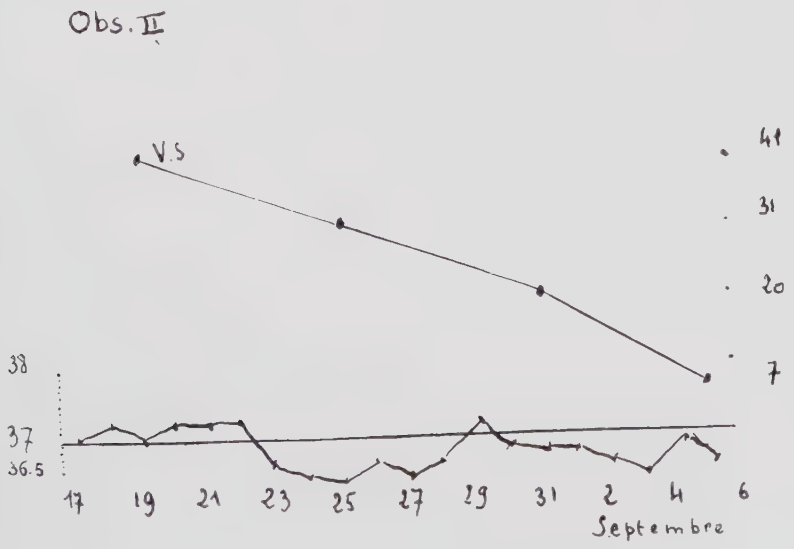
25 août :

Etat clinique satisfaisant.

V.S. encore élevée : 31.

T.V.: Pyosalpinx gauche sans changement.

Masse droite a diminué.



31 août :

Température : 36°8.

V.S.: 20.

6 septembre :

Température : 36°6.

V.S. : 7.

T.V.: Grosse amélioration. A droite : petite masse ovarienne. A gauche : cul-de-sac empâté, mais bien moins douloureux. Plus de masse

OBSERVATION III

M^me^ B... Jeanne, 39 ans.

Entre dans le service le 5 août 1952 pour :

Douleurs du bas-ventre,

Pertes blanches abondantes.

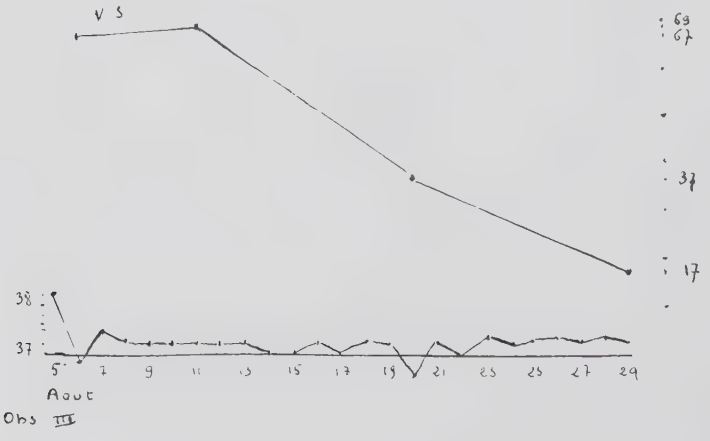
Métrorragies.

Troubles des règles.

La V.S. est à 67.

T.V.: Col petit de nullipare, saignant au contact. Utérus petit. Cul-de-sac postérieur : masse que la défense abdominale empêche de préciser Toucher très douloureux. Signe de Netter positif.

Traitement : Streptomycine : 1 gr. par jour.



17 août :

T.V. moins douloureux. Cul-de-sac droit sensible.

19 août :

Température : 36°5.

V.S.: 37.

27 août :

T.V.: Petite masse annexielle droite, peu sensible.

Traitement : séances de diathermie.

OBSERVATION IV

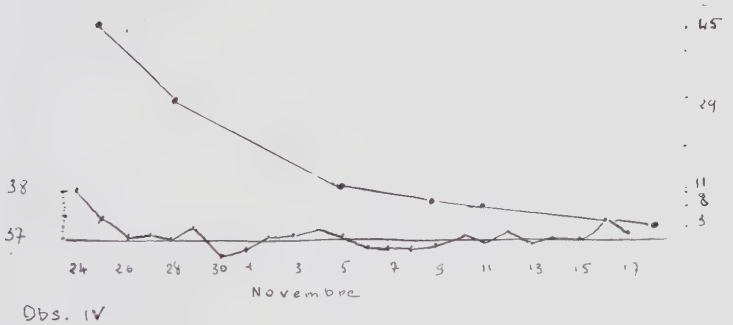
M^me^ G... Monique, 19 ans.

Entre dans le service le 24 octobre 1952.

Douleurs dans le bas-ventre.

Pertes jaunes très abondantes.

Fatigue, anorexie, état nauséeux.



Obs. IV

Examen :

Malade pâle, langue sale, abdomen souple.

Température : 37°4.

V.S.: 45.

T.V.: Col petit. Volume utérin difficile à apprécier. Utérus fixé à gauche. Cul-de-sac droit souple, mais sensible ; cul-de-sac gauche douloureux.

26 octobre :

T.V.: Utérus petit, extrêmement douloureux à la mobilisation. Pas de masse dans les culs-de-sac.

Traitement : Tifomycine.

28 octobre :

Température : 37°.

V.S.: 29.

T.V.: Utérus peu mobile. Moins douloureux. Annexes droites sensibles.

4 novembre :

Température : 37°.

V.S.: 11.

T.V.: Utérus mobile. Mobilisation encore douloureuse.

8 novembre :

La malade ne souffre plus.

Quelques pertes blanches.

Température : 36°9.

V.S.: 8.

T.V.: Utérus moins douloureux à la mobilisation.

Sort le 17 novembre : Guérison.

Température : 37°.

V.S.: 3.

OBSERVATION V

Mme D... Yolande, 22 ans.

Entre dans le service le 17 septembre 1954.

Dernières règles : 7 juin.

Dans la nuit du 16 au 17 septembre, douleurs du vas-ventre à type de colique.

Petites pertes de sang.

Vomissements.

Examen :

Faciès tiré.

Teint pâle, lèvres violacées.

Yeux cernés.

Soif intense.

Pouls : 120.

Abdomen souple. Pas de douleur à la décompression.

T.V.: Col fermé, culs-de-sac douloureux. Utérus du volume d'une grossesse de trois mois, contracté. Le doigtier ramène du sang rouge.

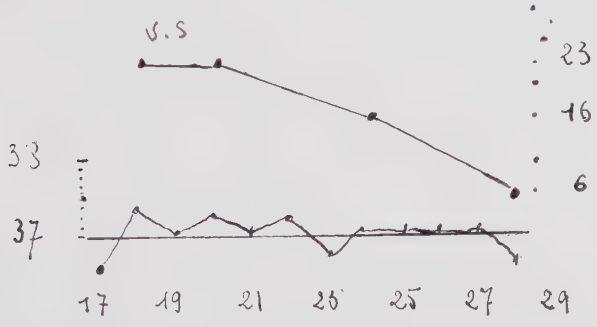
Numération : 4.800.000 globules rouges, 43.000 leucocytes.
Traitement : Curettage, dihydrobipénicilline.

18 septembre :

Température : 37°4.
V.S.: 23.
Etat général meilleur.
Apyrexie.
Abdomen souple.

20 septembre :

Température : 37°2.
V.S.: 23.
Plus de pertes de sang.
Sort le 28 septembre :
Etats local et général excellents.
Température : 36°6.
V.S.: 6.
Guérison.



Obs. V

OBSERVATION VI

M^me^ H... Marthe, 34 ans.

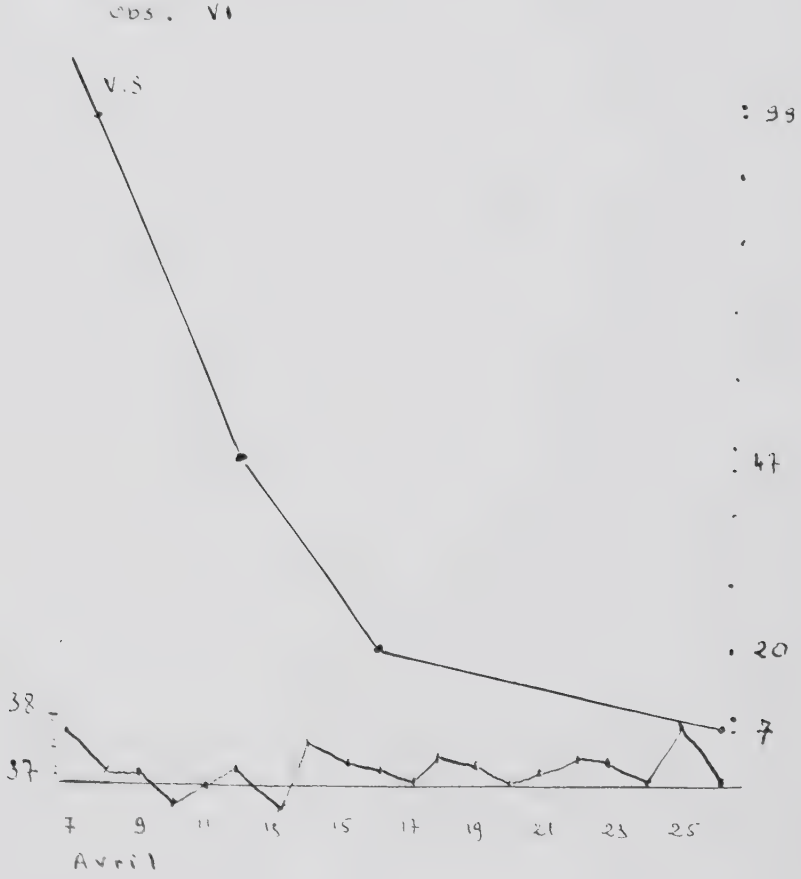
Entre dans le service le 6 avril 1954.
Douleurs abdominales violentes à type d'élancements.
Vomissements.
Température à 39°.
V.S.: 99.

Examen :

Malade asthénique.

T.V.: Utérus gros, fixé, très douloureux à la pression. Culs-de-sac empâtés. Douglas comblé.

Traitement : Dihydrobipénicilline : 500.000 U.



12 avril :

Bon état général.

Température : 36°6.

V.S.: 47.

T.V.: L'utérus est encore fixé, mais la sensibilité locale est moins accentuée.

Douglas comblé.

16 avril :

Température : 37°1.

V.S.: 20.

26 avril : Température 38° : Angine rouge.

T.V.: Utérus fixé. Cul-de-sac droit sensible et comblé par une petite masse.

26 avril :

La malade sort sur sa demande.

V.S.: 7.

Revue le 10 juin 1954.

Aucun point douloureux abdominal.

T.V.: Col parfait, culs-de-sac souples. Le toucher ne provoque aucune douleur.

OBSERVATION VII

Mme P... Suzanne, 38 ans.

Entre dans le Service le 17 mai 1954.

Douleurs du bas-ventre très intenses, avec nausées et vomissements.

Examen :

Faciès bon,

Température : 37°.

V.S.: 50.

Abdomen souple, sauf au niveau de cicatrices de césarienne et d'appendicectomie.

Palpation douloureuse dans la région annexielle droite.

T.V.: Col gros. Utérus antéfléchi, fixé. Cul-de-sac droit comblé et douloureux. Grosse masse prise dans l'empâtement. Cul-de-sac gauche et Douglas : sensibles. Signe de Netter positif.

Traitement : glace, repos, antibiotiques.

22 mai :

Malade très améliorée par le traitement médical.

24 mai :

Etat général : bon.

Température : 37°3.

V.S.: 35.

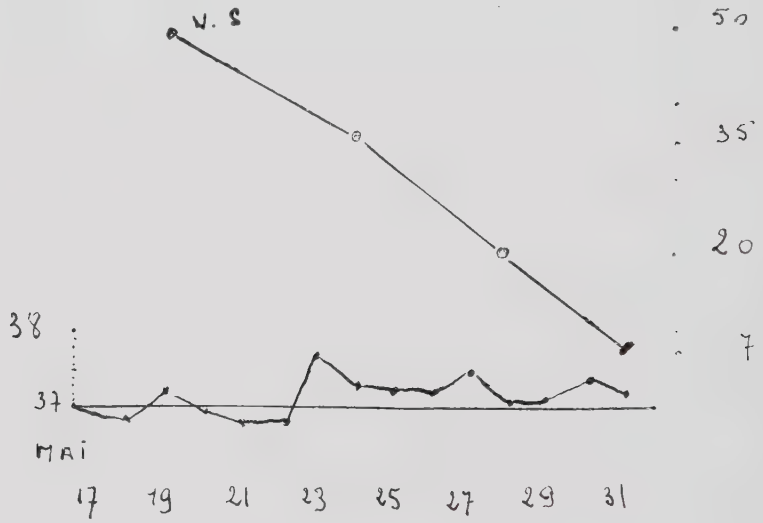
T.V.: Empâtement très léger du cul-de-sac droit, mais l'utérus est encore fixé.

28 mai :

Bon état général.
Température : 37°.
V.S.: 20.

31 mai :

Malade sortante.
Température : 37°2.
V.S.: 7.
Etat local encore amélioré.



Obs VII

B) LA VITESSE DE SEDIMENTATION DONNE DES INDICATIONS PLUS SENSIBLES ET PLUS PRECISES QUE LA TEMPERATURE

a) Etude de l'efficacité du traitement.

La valeur de la vitesse de sédimentation qui commençait à diminuer, en même temps que s'amendaient les signes généraux et que s'améliorait l'état local peut, soit se maintenir en plateau,

soit même s'accélérer davantage. Et ceci même si la courbe de température se maintient autour de 37°.

L'état local peut rester inchangé ou parfois même s'aggraver légèrement.

C'est que le traitement mis en œuvre, et qui semblait, jusque là, donner un résultat satisfaisant, se révèle ne plus être actif.

Dans les 5 observations que nous rapportons, il a suffi 4 fois d'ajouter un traitement par les antibiotiques à un traitement médical banal : repos et glace, et une fois de changer l'antibiotique, remplaçant la pénicilline administrée d'urgence par la tifomycine révélée plus active par l'antibiogramme, pour voir les valeurs de la vitesse de sédimentation reprendre une courbe descendante, en même temps que disparaissaient les phénomènes locaux au toucher vaginal.

Donc la vitesse de sédimentation peut nous fournir des indications précieuses sur l'utilité d'un traitement mis en œuvre, permettant de le modifier si besoin est quand il semble peu efficace.

OBSERVATION VIII

M^me^ C... Gisèle, 20 ans.

Entre dans le service le 2 janvier 1952.

Malade enceinte de 4 mois.

Douleurs intenses dans le flanc gauche, très augmentées par la fatigue, réveillées par la palpation.

Pertes blanches, épaisses, de moyenne abondance.

Examen :

Faciès bon.

Température 37°1.

V.S.: 27.

T.V.: Col mou. Corps utérin de volume correspondant à l'âge de la grossesse. Cul-de-sac droit souple. Cul-de-sac gauche empâté. Annexes gauches : grosses et douloureuses.

Traitement : repos et glace.

7 janvier :

Bon état général.

Etat local inchangé.

Température : 37°2.

V.S. : à 40.

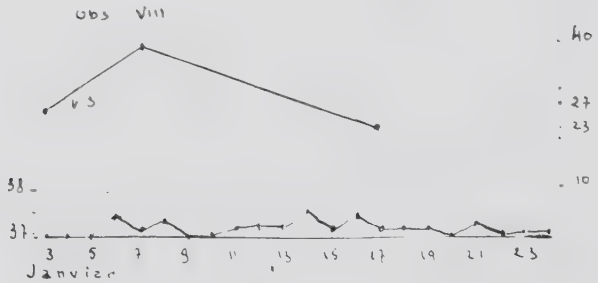
On donne tifomycine : 2 gr. par jour.

17 janvier :

Température : 37°1.

V.S. : 23.

Sort le 24 janvier : état local satisfaisant.



OBSERVATION IX

M^me^ F... Josette, 23 ans.

Pertes de sang et douleurs vives du côté gauche.

Examen :

Température : 37°1.

Abdomen souple.

T.V. : col dur, fermé.

Utérus : un peu augmenté de volume, légèrement bloqué à gauche.

Cul-de-sac droit souple.

Cul-de-sac gauche envahi par une masse douloureuse.

Cul-de-sac postérieur : sensible.

11 octobre :

T.V. : utérus non douloureux. Masse annexielle gauche assez mobilisable, résistante, douloureuse.

15 octobre :

T.V. : La masse annexielle gauche a augmenté de volume.

Traitement : Tifomycine.

17 octobre :

Température : 37°.

V.S. : 23.

Amélioration légère.

On envisage une intervention chirurgicale.

27 octobre :

Nette amélioration. Le volume de la masse annexielle gauche a diminué.

27 octobre :

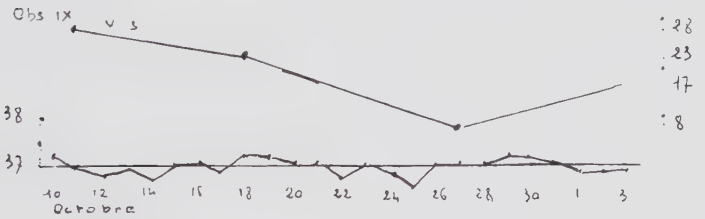
Température : 37°.

V.S. : 8.

Léger empâtement douloureux dans le cul-de-sac gauche. Mobilisation utérine légèrement douloureuse.

31 octobre :

Disparition de la masse annexielle. Culs-de-sac libres.



OBSERVATION X

M^me^ C... Marcelle, 37 ans.

Entre le 20 février 1952.

Hémorragies. Douleurs intenses du côté gauche et température à 38°.

Examen :

Polype accouché par le col.

Utérus refoulé à droite. Mobile. Non douloureux.

Masse annexielle mobile, légèrement douloureuse dans le cul-de-sac gauche.

21 février :

Température : 37°4.
V.S. : 115.

27 février :

T.V. : Masse annexielle plus petite, mais dure. Bien limitée.
Température : 38°8.
V.S. : 125.
Traitement : streptomycine 1 gr. par jour.

10 mars :

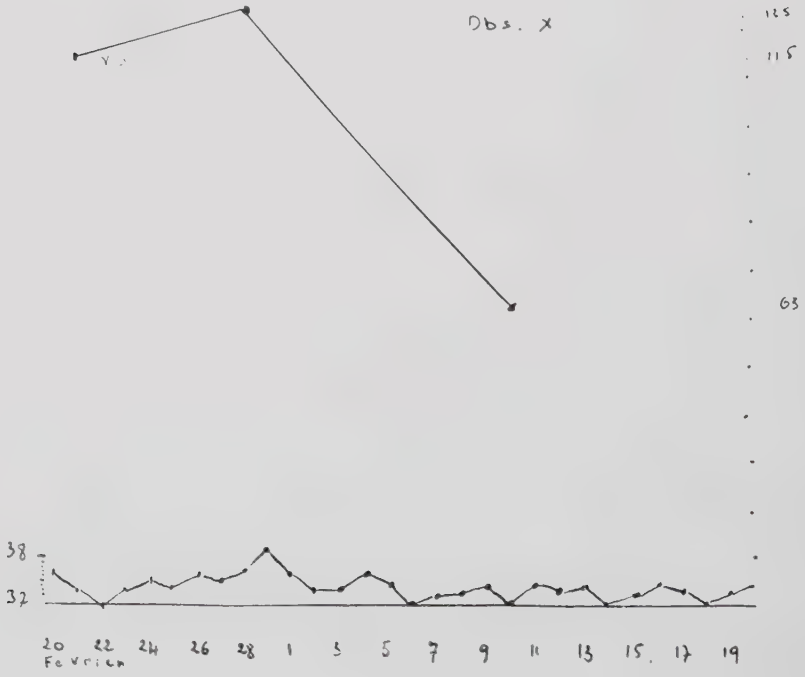
Température : 37°4.
V.S. : 63.
T.V. : masse abdominale inchangée. Poussée fébrile.

12 mars :

Bon état général.
Température : 37°4.

20 mars :

Opération. Bistournage du polype.



OBSERVATION XI

M^me^ M... Fatima, 25 ans.

Entre dans le service le 12 mars 1954.

Douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Pertes blanches.

Examen :

Température : 37°2.

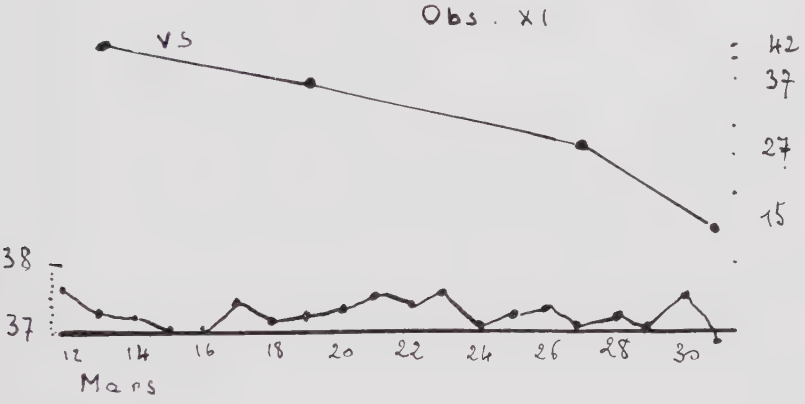
V.S. : 42.

Abdomen souple.

Fosse iliaque gauche très douloureuse à la palpation.

T.V. : Utérus gros. Culs-de-sacs : Masse importante à gauche, très douloureuse.

Traitement : pénicilline 2.000.000 d'unités.



19 mars :

Température : 37°3.

V.S. : 37.

T.V. : Très douloureux. La masse gauche a augmenté de volume.

20 mars :

T.V. : Masse toujours importante.

Traitement : Tifomycine : 1 gr. 50 par jour.

23 mars :

T.V. : La masse reste stationnaire. Mais le toucher est beaucoup moins douloureux.

27 mars :

Température : 37.

V.S. : 27.

T.V. : Grande amélioration. Cul-de-sac gauche empâté. Pas de douleur au toucher.

— Sort le 31 mars :

Température : 36°8.

V.S. : 15.

T.V. : Non douloureux. Légère sensibilité du cul-de-sac gauche.

OBSERVATION XII

M^me^ F... Ida, 25 ans.

Entre dans le service le 9 octobre 1952.

Douleur diffuse dans tout l'abdomen avec nausées et diarrhée.

Température : 38 - 39.

Arrêt des gaz.

Dysurie.

Crise survenant au cours d'une période menstruelle.

Examen :

Abdomen défense du bas-ventre, douleur au point ovarien droit.

T.V. : Utérus fixé, douloureux à la mobilisation.

Cul-de-sac droit douloureux et empâté.

Cul-de-sac gauche souple.

Signe de Netter : positif.

13 octobre :

Température : 37°2.

V.S. : 28.

Palpation abdominale : points ovariens douloureux.

T.V. : Utérus mobilisable, mais mobilisation douloureuse. Annexes sensibles mais non perceptibles.

16 octobre :

Température : 37°3.

V.S. : 10.

20 octobre :

Température : 37°5.

V.S. : 6.

24 octobre :

Mobilisation utérine toujours douloureuse.

V.S. : 11.

Traitement : Pénicilline : 600.000 unités par jour.

30 octobre :

Très nette amélioration, mais

V.S. : 15.

3 novembre :

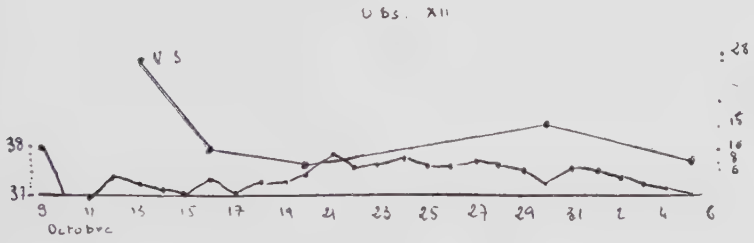
T.V. : Ovaire droit perceptible et douloureux. Pas de douleur à la mobilisation utérine.

5 novembre :

Etat général excellent.

V.S. : 8 après épreuve du lever.

T.V. : Mobilisation peu douloureuse. On conseille diathermie.



CHAPITRE IV

SURVEILLANCE DE L'ÉVOLUTION ET DÉPISTAGE DES RECHUTES PAR LA COURBE DE VITESSE DE SÉDIMENTATION

L'apyrexie, l'amélioration des signes locaux ne sont pas suffisants comme tests de guérison et ne sauraient l'emporter sur une accélération de vitesse de sédimentation encore considérable.

Nous rapportons 9 observations de malades qui sont sorties sur leur demande, ne voulant pas, pour des raisons plus ou moins valables, prolonger leur séjour hospitalier alors que leur température était normale et qu'elles ne souffraient plus.

Toutes ces malades conservaient des vitesses de sédimentation élevées s'étageant de 25 à 50 millimètres.

Parmi ces 9 malades, 4 sont parties chez elles, où elles se sont reposées et ont poursuivi le traitement.

Revues un mois après leur départ du service, leur état s'était amélioré sous l'influence du traitement.

Les 5 autres malades qui avaient, dès leur sortie du service, repris leurs activités, présentaient soit une aggravation de leur état qui les a obligées dans 3 cas à un nouveau séjour à l'hô-

pital, soit des séquelles gênantes de leur affection incomplètement guérie : douleurs dans le bas-ventre et pertes qui ont nécessité un traitement physiothérapique.

On peut donc accorder un pronostic de guérison totale aux seules malades dont la vitesse de sédimentation aura repris une valeur normale.

OBSERVATION XIII

M^me^ J... Adrienne, 46 ans.

Entre dans le service le 14 mai 1954.

Douleurs du bas-ventre et hémorragies de sang noir, abondant avec caillots.

Examen :

Malade pâle. Abdomen respirant bien, souple. Légère défense dans la fosse iliaque droite.

T.V. : Vagin bourré de caillots. Utérus en anteflexion. Douloureux à la pression. Cul-de-sac droit comblé et douloureux. Grosse masse. Cul-de-sac postérieur : très douloureux.

Traitement : Pénicilline.

16 mai :

Température : 37°.

V.S. : 84.

T.V. : Même état local. Le Douglas est très douloureux, mais ne bombe pas. Ponction exploratrice, puis colpotomie. Colpotomie : issue de pus épais, jaunâtre.

19 mai :

Température : 37°2.

V.S. : 60.

25 mai :

Température : 37.

V.S. : 60.

Amélioration rapide.

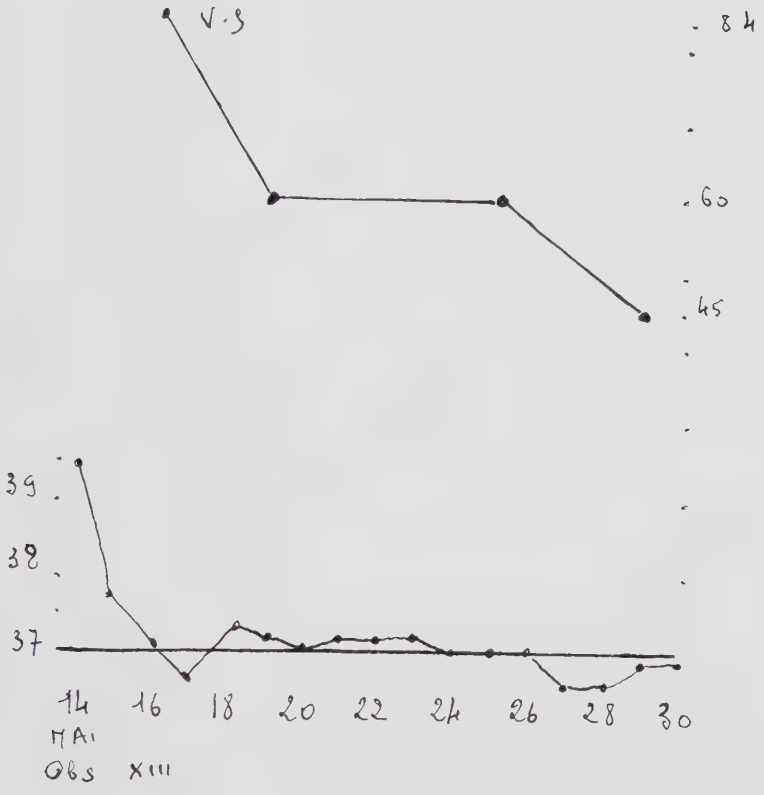
T.V. : Cul-de-sac droit légèrement comblé.

29 mai :

Température : 36°8.

V.S. : 45.

Seule persiste une induration du cul-de-sac droit.



La malade part se reposer chez elle.

Revue le 29 juin 1954.

Excellent état général.

T.V. : Utérus mobile, indolore. Légère induration du cul-de-sac gauche, sequelle de sa metro-annexite.

OBSERVATION XIV

M^me^ B... Sylvette, 31 ans.

Entre dans le service le 20 mai 1954.

Douleurs pelviennes brutales, surtout à gauche. Fièvre oscillante entre 38° - 38°5. Dernières règles : 31 mars. A déjà reçu chez elle 6.000.000 unités de pénicilline.

Examen :

Faciès bon. Abdomen très souple, respirant bien. Palpation douloureuse dans la région pelvienne.

T.V. : Gros col fermé. Bas pelvis bloqué. Douglas comblé.

Traitement : Dihydrobipénicilline. Repos.

22 mai :

Température : 37°5.

V.S. : 110.

T.V. : Col déchiré et métritique. Utérus antefléchi, fixé. Cul-de-sac droit comblé et douloureux, dur. Douglas douloureux. Pyosalpinx droit. Colpotomie : issue de liquide séro-hémorragique assez abondant.

25 mai :

T.V. : Pelvis toujours bloqué et utérus fixé. Dans le cul-de-sac droit la masse a bien diminué. Douglas très infiltré, douloureux.

28 mai :

Température : 37°5.

V.S. : 95.

T.V. : Identique.

Traitement de choc : propidon.

29 et 31 mai :

Propidon : Donne frissons et choc.

1^er^ juin :

T.V. : Amélioration. Masse ligneuse envahissant le Douglas, mais laissant l'utérus mobile. L'examen est peu douloureux.

5 juin :

Température · 37°.

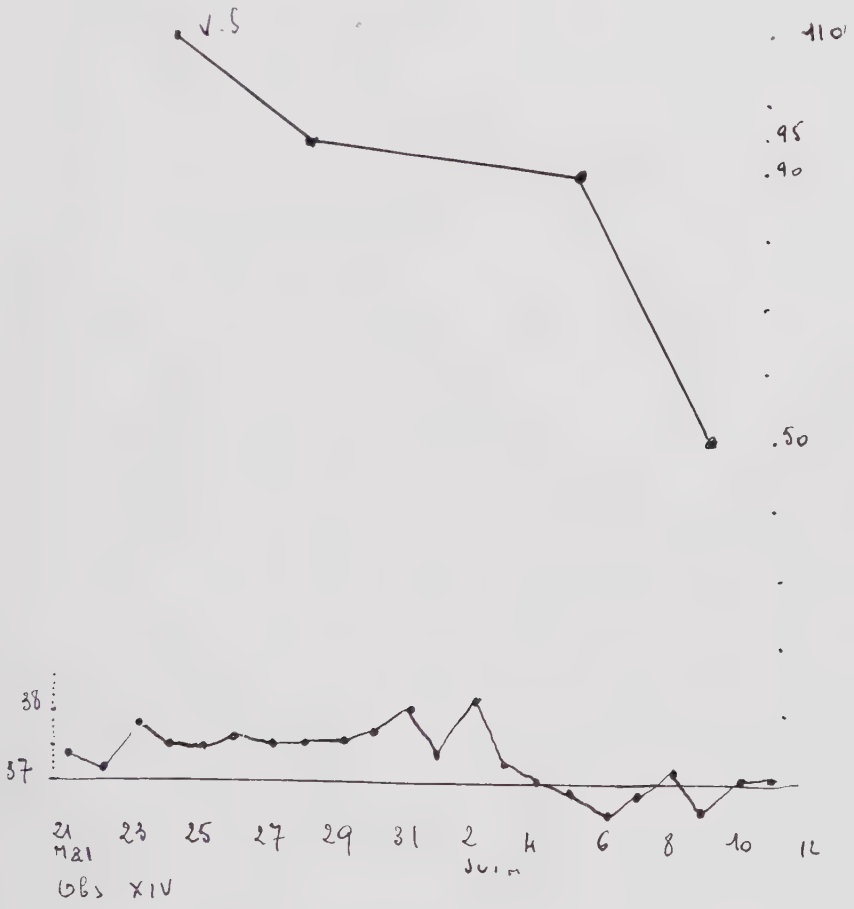
V.S. · 90.

8 juin :

V.S. : 50.

Etat général très bon.

T.V. : Culs-de-sacs légèrement indurés. Le Douglas reste dur en profondeur.



Sort le 14 juin

— Revue le 8 juillet.

T V. : Bride dans le cul-de-sac gauche. Culs-de-sac latéraux souples. Utérus mobile. Douglas encore un peu sensible.

OBSERVATION XV

M^me^ A... Yvette, 23 ans.

Entre dans le service le 2 avril 1954.

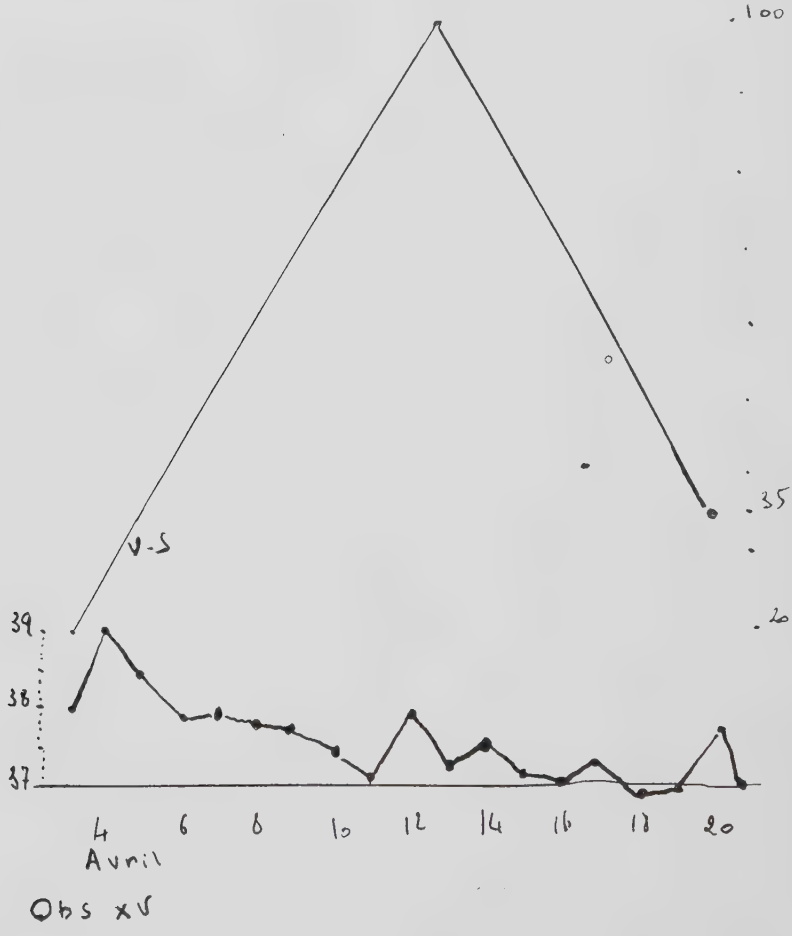
Dans la nuit du 1^er^ au 2 avril, pertes de sang abondantes, avec caillots. Douleurs lombaires, surtout à droite.

Examen :

Température : 38°5.

V.S. : 20.

Faciès bon.



Abdomen rétracté, respirant mal.

Douleur dans la fosse iliaque droite et au point ovarien droit.

T.V. : Utérus un peu gros, culs-de-sacs libres. Mobilisation utérine douloureuse. Annexe droite sensible.

5 avril :

Persistance des pertes.

T.V. : Le cul-de-sac gauche reste libre, non douloureux. A droite est apparue une masse ferme, du volume d'un œuf, peu sensible.

Traitement : Terramycine.

13 avril :

Température : 37°2.

V.S. : 100.

Etat général excellent après terramycine.

Température : 37°.

Mais V.S. : 100.

20 avril :

Température : 36°8.

V.S. : 35.

T.V. : Nette amélioration. Masse latérale a beaucoup diminué. Pas de douleur au toucher.

La malade sort le 23 avril : Repos sous surveillance de son médecin traitant pendant un mois, avant intervention chirurgicale, s'il y a lieu.

10 juin : Revue à la consultation. N'a plus souffert.

T.V. : Masse droite a complètement disparue.

OBSERVATION XVI

M^me^ F... Marie, 33 ans.

Entre dans le service le 26 juin 1954.

Douleurs du bas-ventre à prédominance droite depuis un abortum suivi de curettage.

Examen :

Paroi abdominale souple.

T.V. : Utérus en anteversion, dévié à gauche. Cul-de-sac droit : comblé, douloureux. Cul-de-sac gauche : sensible. Cul-de-sac postérieur : comblé par une masse annexielle ronde. Volumineux pyosalpinx.

Traitement : Propidon.

28 juin :

Température : 37°.

V.S. : 74.

2 juillet :

T.V. : Le pyosalpinx a un peu augmenté de volume. Bombe dans le cul-de-sac droit et le Douglas.

Colpotomie.

Dans l'après-midi : tableau typique de péritonite généralisée.

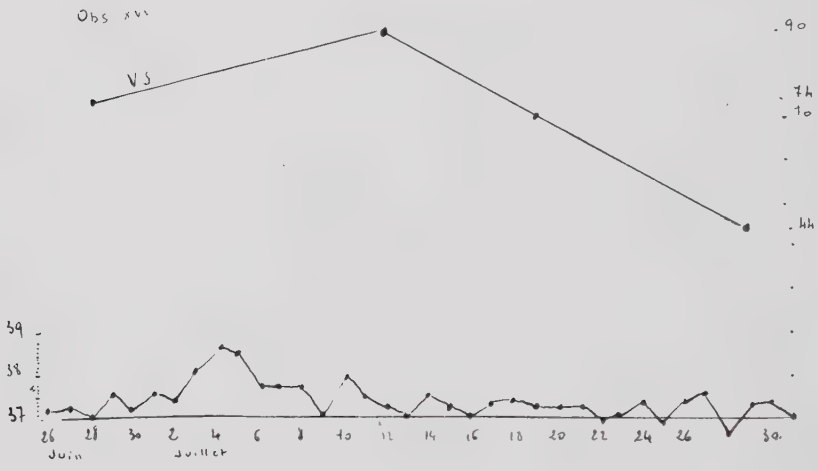
Intervention d'urgence : pyosalpinx rompu. Ablation. Antibiotiques : 2.000.000 U pénicilline + 1,50 gr. streptomycine.

3 juillet :

Malade fatiguée. Abdomen un peu plus souple.

4 juillet :

Malade pâle, yeux cernés. Abdomen souple, peu douloureux à la palpation.



6 juillet :

Chute progressive du pouls et de la température. Bon faciès. Selle spontanée.

11 juillet :

Température : 37°5.

V.S. : 90

19 juillet :

Température : 37°2.

V.S. : 70

20 juillet :

Bon état général. Apyrexie.

Examen :

Abdomen souple. Palpation non douloureuse.

28 juillet :

Température : 37°3.

V.S. : 44.

Sort le 30 juillet.

OBSERVATION XVII

M^me^ V... Paulette, 33 ans.

Entre dans le service le 16 janvier 1953.

Hémorragie post-abortum. Douleurs. Asthénie et vomissements.

Examen :

Bon état général. Mais :

Température : 38°4.

V.S. : 95.

Abdomen souple.

T.V. : Col largement perméable. Culs-de-sac douloureux, bloqués par une masse dure qui immobilise l'utérus.

Ponction du Douglas : 300 cm3 de pus environ.

Pénicilline + streptomycine.

18 janvier :

Température : 37°.

V.S. : 95.

22 janvier :

T.V. : Culs-de-sac latéraux et antérieur sont plus souples.

23 janvier :

Curettage : ramène des débris placentaires abondants.

Les jours suivants :

Etat général s'améliore.

T.V. : Culs-de-sac indolores, le col se ferme mais persistance d'une infiltration périutérine marquée.

2 février :

Température : 37°.

V.S. : 65.

T.V. : l'utérus reste toujours fixé.

11 février :

Température : 37°4.

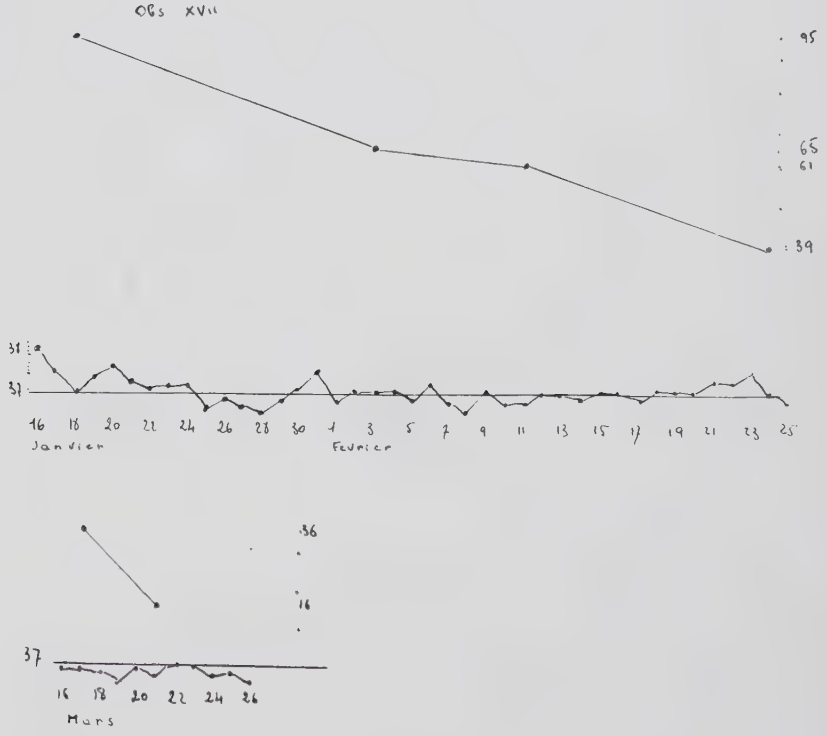
V.S. : 61.

Epreuve du lever.

24 février :

T.V. : Utérus gros, bloqué. Les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont infiltrés, durs, mais non douloureux.

La malade sort, un mois de convalescence.



Revue le 15 mars :
Hémorragies depuis sa sortie.
T.V. : Même état qu'à sa sortie.
La malade est apyrexique mais V.S. : 36.
Traitement : protection par antibiotique, puis curettage.

21 mars :

La V.S. est à 16.

25 mars :

Curettage.
A la suite du curettage : Bon état général. Ne perd plus. Pas de réaction fébrile.

9 avril :

T.V. : Col fermé.
Utérus involué.
La malade ne perd plus.

OBSERVATION XVIII

M^me^ T... Pierrette.
Entre dans le service le 1^er^ mars 1953.
Malade enceinte de 2 mois qui a brusquement été prise de douleurs, avec température à 40° et frissons. Puis surviennent des pertes de sang rouge, avec caillots.

2 mars : Examen :

Température : 37°8.
V.S. : 42.
Faciès pâle, infecté. Abdomen souple dans sa partie haute, mais défense dans la région sus-pelvienne et les fosses iliaques.
T.V. : Utérus gros, volume d'une grossesse de 2 mois. Col fermé. Culs-de-sac souples, mais un peu douloureux. Le toucher provoque un écoulement assez abondant de sang noir.
Traitement : Glace et pénicilline.
Brusquement dans l'après-midi, frisson, poussée thermique et vomissement.
La malade reçoit 1.000.000 d'unités de pénicilline.

3 mars :

Température : 37°8.
Défense dans la partie basse de l'abdomen.
T.V. : L'empâtement péri-utérin est plus marqué au niveau du Douglas. Toucher peu douloureux. Le doigtier ramène des pertes purulo-sanglantes.

5 mars :

Malade pâle.

Température : 38°.

Au T.V. : Même état local. On fait une injection de 500.000 unités de pénicilline par voie intra-ischiatique.

6 mars :

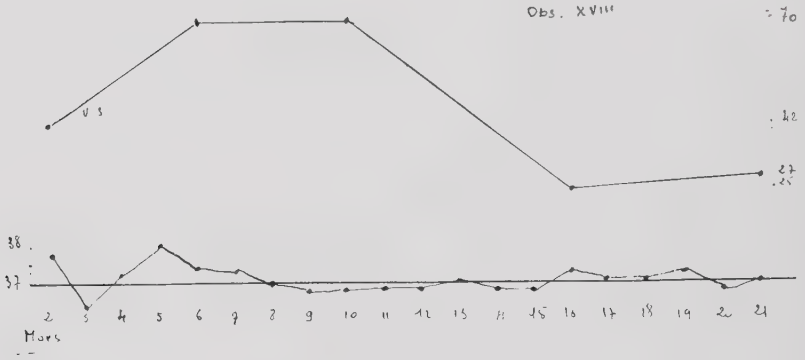
Etat général bien meilleur. Faciès bon. Langue propre.

Température : 37°4.

Mais la V.S. est à 70.

Dans la nuit, pertes de sang très abondantes. La réaction de Brouha pratiquée est positive. La recherche de la sensibilité des germes aux antibiotiques montre une légère sensibilité à la streptomycine et à la tifomycine.

Traitement : Tifomycine : 2 gr. par jour.



12 mars :

Apyrexie.

Bon état général.

T.V. : Culs-de-sac libres.

14 mars :

T.V. : Utérus gros, mou.

Malgré l'apyrexie devant la persistance d'une V.S. augmentée on envisage la possibilité d'une rétention.

16 mars :

Etat général excellent.

Apyrexie.

La réaction de Brouha demeure positive.

V.S. à 25.

21 mars :

La malade sort.

Bon état général, mais V.S. à 27.

27 avril :

La malade revient dans le service.

Pertes de sang tous les jours depuis son départ.

Examen :

T.V. : Utérus de 2 mois environ.
Réaction de Brouha : négative.

29 avril :

Curettage.
Par la suite ne perd plus.
Apyrexie.
Sort le 5 mai.

OBSERVATION XIX

M^me^ D... Marie-Reine, 30 ans.

Entre dans le service le 19 avril 1953.

Douleurs du bas-ventre, intenses, bilatérale à prédominance gauche avec irradiations lombaires.

Température : 39°8.

Pertes purulentes très abondantes.

Examen :

Abdomen très douloureux à la palpation. Défense de la paroi dans la région annexielle. Fosse lombaire droite très douloureuse.

T.V. : Vaginite. Col déchiré, métritique. Lèvre supérieure proéminente. Culs-de-sac peu souples. Périmétrite empêchant d'apprécier le volume utérin : le moindre essai de mobilisation est extrêmement douloureux.

20 avril :

Température : 37°2.

V.S. : 70.

Abdomen souple. Pas de douleur à la palpation.

T.V. : Très douloureux, surtout en arrière du col. Utérus impossible à apprécier.

22 avril :

T.V. : Cul-de-sac droit souple et indolent. Cul-de-sac gauche et Douglas douloureux et empâtés. Mobilisation utérine possible, mais très douloureuse.

27 avril :

Température : 36°8.

V.S. : 52.

T.V. : Culs-de-sac souples, mais encore sensibles. Mobilisation utérine douloureuse. Signe de Netter positif.

29 avril :

Température : 36°9.

V.S. : 35.

Etat général :

Apyrexie.

V.S. : diminue régulièrement.

T.V. : Périmétrite postérieure et gauche très nette encore. Mobilisation utérine moins douloureuse.

5 mai :

Température : 37°4.

V.S. : 25.

T.V. : Toujours douleurs de périmétrite. Grosse rétroposition utérine fixée. On décide de faire une hystéropexie quand la V.S. aura encore diminué.

20 mai :

Intervention. Suites opératoires excellentes. Etat général bon. Etat local satisfaisant.

On propose une électro-coagulation du col que la malde refuse systématiquement.

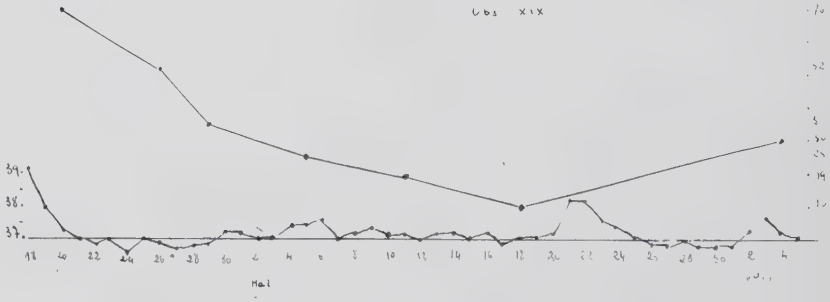
Sort le 5 juin malgré une V.S. à 30.

Revue le 24 juin 1954.

Douleurs du bas-ventre depuis 3 mois.

Pertes blanches très abondantes.

T.V. : Fond utérin douloureux. Cul-de-sac gauche sensible et moins souple que le droit. Mobilisation utérine douloureuse.



OBSERVATION XX

M^me^ V... Augustine, 24 ans.

Entre dans le service le 28 janvier 1954.

Douleurs du bas-ventre, pertes purulentes et hémorragies.

Depuis huit jours : Céphalées et vomissements.

Examen :

Température : 37°4.

V.S. : 35.

Abdomen souple.

T.V. : Col gros, remontant sous la symphyse. Utérus très rétroversé, gros, douloureux à la mobilisation. Culs-de-sac : douloureux, empâtés. Annexes sensibles.

3 février :

Température : 36°8.

V.S. : 23.

Pertes de sang abondantes avec gros caillots. Curettage.

Traitement : Terramycine et massages gynécologiques.

15 février :

Température : 37°.

V.S. : 27.

T.V. : l'utérus se dégage, mais les annexes sont toujours sensibles, surtout à droite.

18 février :

Arrêt des massages. Semblent donner réaction annexielle.

23 février :

Température : 37.

V.S. : 20.

2 mars :

Intervention sur la demande de la malade.

3 mars :

Température : 36°4.

V.S. : 20.

5 mars :

Utérus sub. normal, mais les deux trompes sont œdémateuses, très augmentées de volume. Ovaires sub-normaux.

Appendicectomie.

Hystéropexie.

6 mars :

Clocher à 40.

Encombrement pulmonaire à l'auscultation.

Traitement : pénicilline 2.000.000 U.

20 mars :

Bon état général.

Revue le 24 avril :

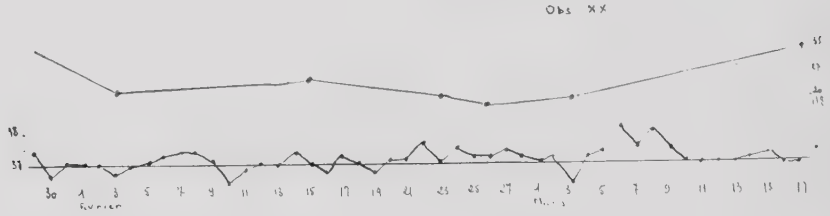
Douleurs abdominales basses et pertes blanches.

Annexes douloureuses.

Ovaire droit sensible et gros.

Cul-de-sac de Douglas douloureux.

On conseille quinze séances de diathermie.



OBSERVATION XXI

M^me^ B..., 24 ans.

Entre dans le service le 3 juillet 1952.

Syndrome infectueux après curettage pour fausse-couche

Examen :

Faciès rouge, vultueux.

T.V. : Col mou, ouvert. Utérus gros, non involué, coiffant une masse postérieure. Culs-de-sac très sensibles. Masse dure dans le cul-de-sac postérieur.

4 juillet :

Température : 38°8.

V.S. : 94.

5 juillet :

Colpotomie —➤ 150 cm3 de pus crémeux.

10 juillet :

Douleur très intense dans la fosse iliaque droite.

12 juillet :

V.S. : 65

16 juillet :

Clocher thermique sans frisson.

T.V. : Cul-de-sac droit très empâté, douloureux. Utérus non mobilisable.

Traitement : terramycine.

19 juillet :

Température : 37°6.

V.S. : 70.

Etat général satisfaisant.

T.V. : Masse mieux limitée dans le cul-de-sac droit.

21 juillet :

V.S. : 70.

T.V. : Masse droite bien limitée, à surface cartonnée peu douloureuse.

26 juillet :

T.V. : Disparition du noyau cicatriciel fibreux de colpotomie.

Annexes droites totalement libérées et mobiles, de volume normal.

31 juillet :

V.S. : 61.

Sort le 11 août 1952.

Apyrexie.

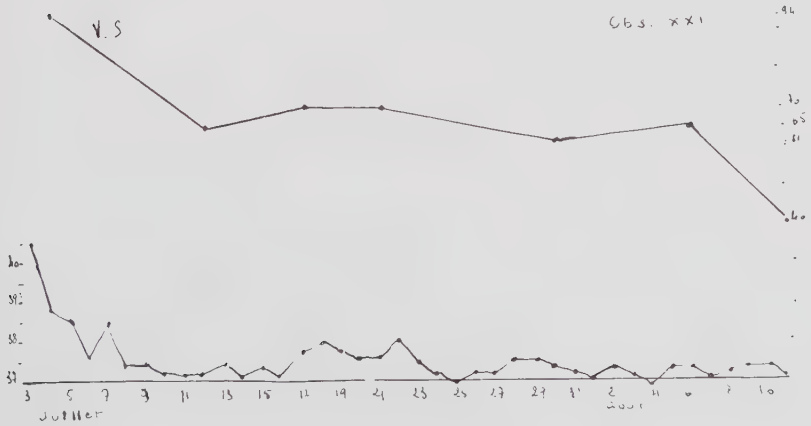
Mais V.S. à 40.

Revue le 26 août :

Douleurs du bas-ventre.

T.V. : Empâtement peu douloureux du cul-de-sac droit. Utérus mobile, non douloureux.

Traitement : Séances de diathermie.



CHAPITRE V

DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS

Chaque nouvelle atteinte de l'organisme par une complication, alors que l'affection initiale semblait en régression, se traduit par un clocher dans la courbe de sédimentation, souvent avant d'avoir retenti sur la courbe de température.

Nous apportons 3 observations.

Dans la première, alors que l'apyrexie persistait chez une malade récemment opérée pour grossesse extra-utérine, l'ascension soudaine de la vitesse de sédimentation de 40 à 82 millimètres a été la première manifestation d'une poussée de colibacillose rapidement jugulée grâce à un traitement par les sulfamides.

La deuxième observation nous montre, après des vitesses de sédimentation decroissantes, une brusque élévation de leur valeur, coïncidant avec l'apparition d'un gros pyosalpinx droit perçu au toucher vaginal.

Une colpotomie, la mise en place d'un trocard intra-ischiatique avec perfusion de sérum glucosé associé à l'auréomycine ont favorablement influencé la courbe de température mais la vitesse de sédimentation continuait à s'accélérer tandis que le volume du pyosalpinx s'accroissait et qu'une nouvelle colpotomie se révélait nécessaire.

Après cette dernière intervention et une deuxième injection locale d'antibiotiques, la vitesse de sédimentation diminuait enfin avec apyrexie et bien meilleur état général.

Dans la troisième observation, une appendicite aiguë apparaissant au décours d'une métro-annexite post-abortum, compliquée par la suite, par des abcès de la paroi, ont provoqué chaque fois, un clocher brusque dans la courbe des vitesses de sédimentation, en même temps que dans la courbe de température. Mais ce n'est qu'après quelques jours d'apyrexie que la vitesse de sédimentation a repris sa valeur normale.

OBSERVATION XXII

M^me^ P..., 28 ans.

Entre le 19 janvier 1952 pour :

Douleurs abdominales et syncopes pendant une grossesse (enceinte de 2 mois et demi).

Vomissements.

Dysurie.

A eu, le 5 janvier, des pertes de sang rouge.

20 janvier :

Température : 37°6.

V.S. : 20.

T.V. : Œdème de la paroi postérieure du vagin. Culs-de-sac latéraux et Douglas très douloureux. Grosse réaction annexielle bi-latérale, mais surtout à gauche.

26 janvier :

T.V. : Même état. Toucher extrêmement douloureux. Col abaissé par une masse diffuse.

Apyrexie : Mais V.S. a augmenté : 45 mm.

Numération

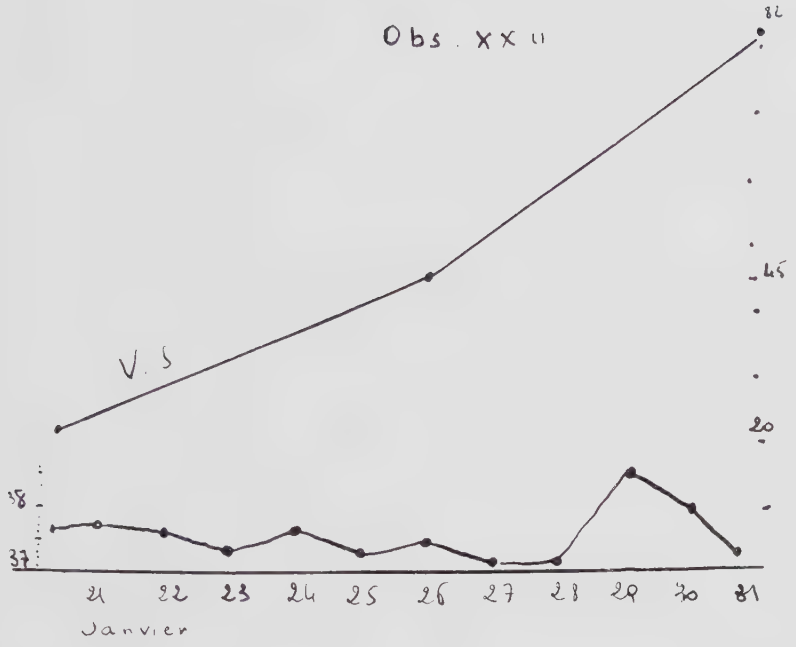
3.920.000 hématies

6.000 leucocytes

Devant ce tableau, on pose le diagnostic d'hématocèle et on décide l'intervention.

A l'intervention : Pavillon de la trompe droite dilaté (D : 5 cm.).

Dans le Douglas : Placenta de 3 mois environ avec fœtus. Salpingectomie droite et appendicectomie. Drain.



31 janvier :

Ablation du drain.
Température : 37°.
Mais V.S. : 82.
Poussée de colibacillose qui cède au traitement par le Rufol

OBSERVATION XXIII

M^me^ M... Mathilde, 43 ans.
Entre le 22 janvier 1954, pour :
Douleurs du bas-ventre et état péritonéal. Rétention vésicale et nausées.

Examen :

Malade calme.
Faciès gris. Yeux cernés et brillants.
Abdomen respirant un peu, météorisé.
Percussion douloureuse.
Matité hépatique disparue.
Douleur à la décompression.

T.V. : Vive douleur. Utérus non perçu. Culs-de-sac : Droit empâté. Gauche : très douloureux. Postérieur : dédoublé, très douloureux.

Traitement : Glace. Terramycine.

23 janvier :

Température : 38°4.

V.S. : 88.

Faciès meilleur. Apyrexie après terramycine.

Ne souffre plus spontanément.

Abdomen toujours météorisé, douloureux à la palpation.

Rétention vésicale complète.

27 janvier :

T.V. : Douloureux. Douglas très empâté.

29 janvier :

Température : 37°8.

V.S. : 46.

2 février :

Température : 38°.

V.S. : 27.

T.V. : Douglas bombé, hypersensible, avec un début de ramollissement.

Colpotomie : Pus vert (500 cm3), bien lié, extrêmement fétide.

11 février :

Température : 38°.

Abdomen ballonné.

T.V. : Utérus toujours fixé. Cul-de-sac droit très empâté.

16 février :

Température : 37°2.

Mais V.S. : 35.

18 février :

Température s'élève brusquement, la V.S. est accélérée.

Etat nauséeux.

Réaction péritonéale droite, légère.

T.V. : Masse volumineuse : pyosalpinx droit.

20 février :

Température : 40°.

Fatigue générale, état nauséeux.

Abdomen : défense pariétale à droite.

T.V. : Grosse masse de la taille d'un utérus gravide de 5 à 6 mois.

Deuxième colpotomie.

Mise en place d'un trocard intra-ischiatique avec perfusion de sérum glucosé + auréomycine.

Les jours suivants :

Température à 40° pendant 36 heures, puis descend.

Etat général s'améliore.

500 cm3 de sérum glucosé + 1 ampoule d'auréomycine par jour.

27 février :

Etat général bon.

Température : 38°.

V.S. : 70.

T.V. : Aucune douleur, mais persistance de la masse droite.

2 mars :

Température : 37°.

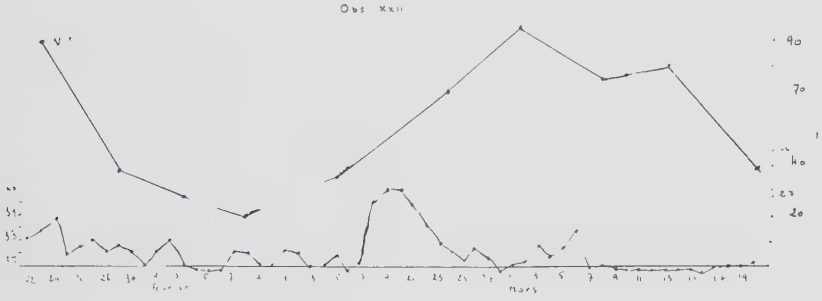
Mais V.S. : 95.

6 mars :

T.V. : La coque du pyosalpinx grossit à nouveau.

Colpotomie : 250 cm3 de pus fétide.

Localement : 10.000 U de bacitracine + 1 gr. streptomycine + 500.000 U pénicilline dans 20 cm3 de sérum.



8 mars :

Température : 37°.

V.S. : 75.

T.V. : Masse droite toujours importante.

20 mars :

Quitte le service sur sa demande.

Apyrexie.

Mais V.S. encore élevée : 45.

Reviendra pour exérèse du pyosalpinx.

Revue le 8 juin :

Bien meilleur état général.

T.V. : La masse a encore augmenté. Taille d'un pamplemousse.

18 juin :

Opération : Annexes gauches en bon état. A droite : énorme masse bloquant le Douglas et occupant le ligament large.

Annexectomie droite.

2 juillet :

Malade sortante.

Bon état général.

T.V. : Rien à signaler.

OBSERVATION XXIV

M^me^ G... Henriette, 38 ans.

Entre dans le service le 8 octobre 1952.

Pertes de sang et douleurs au cours d'une grossesse.

Expulse spontanément un fœtus macéré, dès son entrée à l'hôpital

Examen :

Subictère.

Urines rares.

Abdomen : météorisé, douloureux dans son ensemble, avec défense plus marquée à droite.

T.V. : Col ouvert. Utérus gros, fixé à droite. Cul-de-sac droit douloureux, bloqué. Cul-de-sac postérieur envahi. Cul-de-sac gauche : un peu sensible.

10 octobre :

Température : 37°5.

V.S. : 67.

Subictère.

Abdomen moins douloureux.

T.V. : Le cul-de-sac droit se dégage. Fonds utérin très douloureux.

Traitement : Streptomycine.

13 octobre :

La contracture abdominale a disparu.

T.V. : Col ouvert, non douloureux. Cul-de-sac droit : dégagé mais sensible. Cul-de-sac postérieur : douloureux. Mobilisation utérine douloureuse.

16 octobre :

T.V. : Le cul-de-sac postérieur se dégage. Mobilisation utérine plus facile.

17 octobre :

Température : 37°5.

V.S. : 55.

L'abdomen reste météorisé.

T.V. : Col mobilisable transversalement sans douleur, mais on ne peut apprécier le volume utérin.

Traitement : Tifomycine 2 gr. par jour.

20 octobre :

Dans la nuit, clocher thermique et douleur violente à droite.

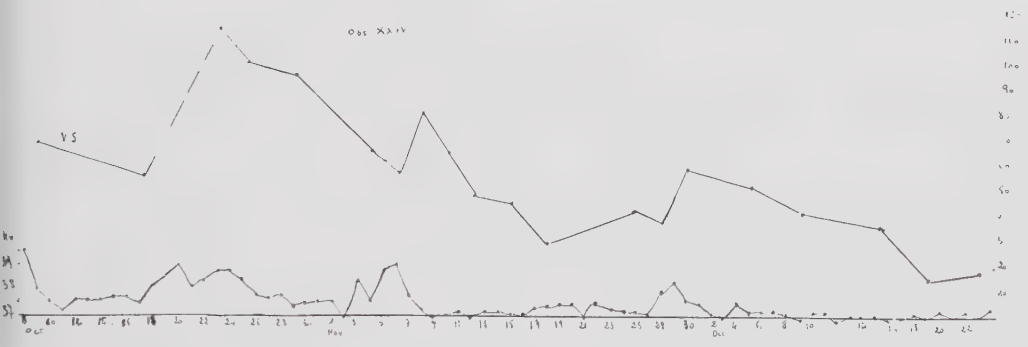
T.V. : Cul-de-sac droit douloureux, empâté. Cul-de-sac postérieur sensible. Cul-de-sac gauche souple.

23 octobre :

Température : 38°8.

V.S. : 114.

Intervention d'urgence. Pus à staphylo et à coli.



30 octobre :

Température : 37°5.

V.S. : 95.

T.V. : Col toujours entr'ouvert. Les culs-de-sac sont indolores et libres.

4 novembre :

Température : 37°6.

V.S. : 65.

Faciès bon, mais traits un peu tirés.

Ventre souple, non douloureux.

T.V. : Col entr'ouvert. Corps utérin moins sensible à la pression, mais reste fixé et se confond avec une masse diffuse sus-pubienne. Douglas comblé par une masse dure et irrégulière.

Traitement : Antibiotiques chimiques : 4 gr. par jour.

7 novembre :

Température : 37°8.

V.S. : 57.

Douleurs abdominales localisées dans la fosse iliaque droite.

Incision d'une collection purulente dans la paroi : 100 cm3 pus environ

28 novembre :

Pertes liquides.

Douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Température : 38°.

Examen : Plaie abdominale cicatrisée.

T.V. : Utérus toujours fixé surtout à gauche. Tentatives de mobilisation douloureuses. Pas de masse dans le cul-de-sac, mais sensibilité surtout à gauche.

3 décembre :

La défense abdominale a disparu.

T.V. : Col entr'ouvert. Cul-de-sac gauche empâté et douloureux.

15 décembre :

T.V. : Cul-de-sac gauche moins dépressible que le droit. Utérus légèrement mobilisable.

24 décembre :

La malade sort après épreuve du lever satisfaisante.

CHAPITRE VI

CHOIX DE L'HEURE CHIRURGICALE

a) INTERVENTION MALGRE V.S. ELEVEE

Le chiffre de la sédimentation étant d'autant plus élevé que l'infection a retenti sur l'économie générale, il paraît utile de surseoir à une intervention chirurgicale tant que la vitesse de sédimentation accuse des accélérations trop importantes.

Il est cependant des cas où une intervention d'urgence s'impose, malgré une sédimentation élevée.

Nous rapportons ainsi :

Une observation où une grossesse extra-utérine rompue a nécessité une opération alors que la vitesse de sédimentation était à 105.

A l'intervention : Volumineuse hématocèle droite, obligeant à une salpingectomie droite. L'ovaire droit est conservé malgré les difficultés opératoires.

Dès le lendemain de l'opération : apyrexie, mais ce n'est que 15 jours plus tard que la vitesse de sédimentation est brusquement revenue à 7.

Deuxième observation : Intervention à la demande de la malade, malgré une V.S. à 37.

Abcès de l'ovaire gauche obligeant à une annexectomie gauche, tandis que l'ovaire droit est conservé malgré la présence d'un hydrosalpinx.

Suites opératoires : petit clocher fébrile.

Huit jours après l'intervention la vitesse de sédimentation est encore de 21 millimètres.

Troisième observation : Intervention d'urgence malgré une sédimentation à 45 millimètres.

Présence de masses gélatineuses libres dans le péritoine, rendant l'accès du Douglas impossible. Simple salpingotomie et on referme en laissant un drain dans le Douglas.

Deuxième intervention 5 semaines après, entre temps, sous l'influence du traitement médical et des antibiotiques la sédimentation est à 10.

L'ovaire droit est d'aspect normal, la trompe épaisse paraît oblitérée.

A gauche, ovaire volumineux, kystique, lésions tubaires plus marquées.

Dans ces trois observations, l'intervention a deux fois été possible, mais dans les suites opératoires, ce n'est que très lentement que la sédimentation a repris sa valeur normale.

Dans la troisième observation, une seconde intervention a été nécessaire alors que la sédimentation était redevenue normale.

OBSERVATION XXV

M^me^ D... Paulette, 44 ans.

Entre dans le service le 30 janvier 1953, pour :

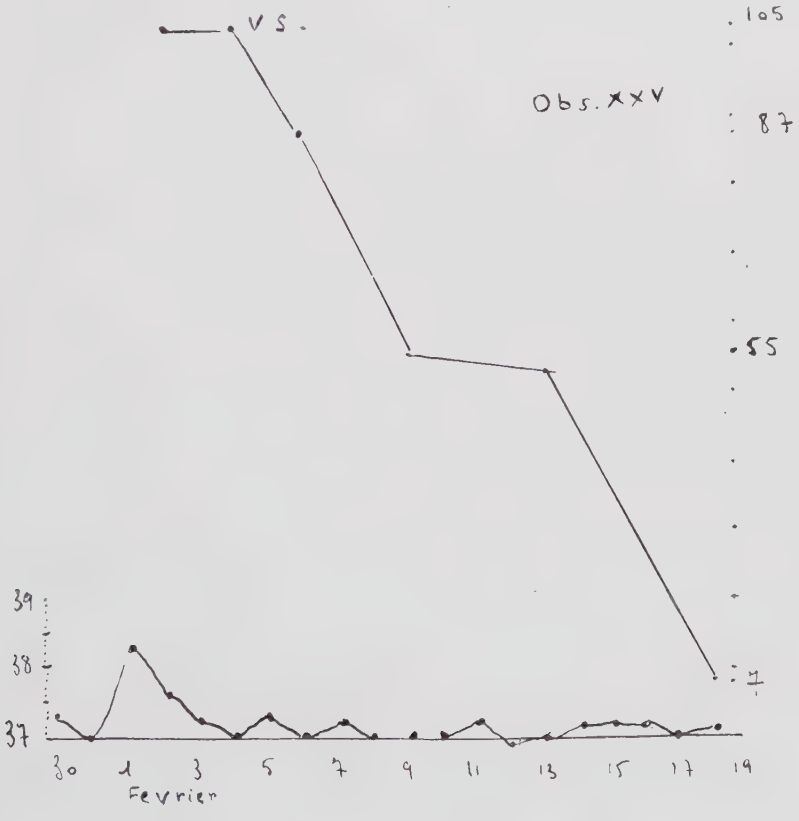
Retard de règles, puis douleurs et pertes de sang noir.

Dernières règles : début novembre 1952.

Au cours des mois de décembre et de janvier, à plusieurs reprises, pertes de sang noir, s'accompagnant de douleurs lombaires.

Depuis 5 jours, température à 38°, les pertes de sang augmentent, les douleurs du bas-ventre s'accentuent.

En même temps apparaissent des lipothymies, de la constipation, de la dysurie.



Examen 30 janvier :

Faciès bon.

Abdomen ne respirant que dans ses 2/3 supérieurs.

Léger météorisme.

Douleur à la décompression.

T.V. : Masse de la taille d'un pamplemousse, se prolongeant dans la fosse iliaque droite. Utérus refoulé en avant. Culs-de-sac comblés. Le T.V. est très douloureux.

31 janvier :

Intervention : G.E.U. rompue avec constitution d'une volumineuse hématocèle droite. Ovaire conservé. Salpingectomie droite, Bonnes suites opératoires. Bon état général. Apyrexie, mais la V.S. reste encore élevée 87 le 6 février, 55 le 9 février, 53 le 13. Brusquement, le 18 février la V.S. redevient normale : 7.

19 février :

La malade sort. Un peu d'induration dans le Douglas. Le toucher ne réveille pas de douleur.

OBSERVATION XXVI

M^me^ B... Christiane, 23 ans.

Entre dans le service le 21 avril 1953.

Depuis six jours après les dernières règles : douleurs intenses surtout à gauche.

Température à 38° - 39°.

Frissons.

Dysurie.

A déjà été traitée pour métro-annexite 2 mois auparavant.

Examen :

Température : 39°4.

Abdomen souple. Point ovarien gauche douloureux.

T.V. : Empâtement de tout le Douglas. Le simple effleurement du col réveille une douleur aiguë qui se prolonge vers la fosse iliaque gauche.

Traitement : Glace + tifomycine 1 gr. 5 par jour.

23 avril :

Température : 38°.

V.S. : 43.

T.V. : Masse douloureuse, occupant le Douglas et le cul-de-sac gauche. plus marquée qu'à l'entrée de la malade, malgré le traitement.

28 avril :

Température : 37°.

V.S. : 25.

Abdomen souple.

T.V. : Utérus en rétroflexion accentuée. Masse annexielle gauche facilement délimitable, pyosalpinx gauche.

29 avril :

Apyrexie.

T.V. : La masse annexielle gauche s'individualise progressivement et paraît avoir augmenté de volume.

2 mai :

Température : 37°.

V.S. : 23.

Sédation des phénomènes douloureux.

T.V. : Masse latérale gauche de la taille d'une pomme.

Les jours suivants : Utérus de plus en plus mobile. Masse gauche de plus en plus individualisée.

13 mai :

Dans la soirée brusquement frissons et température 38°4.

15 mai :

Ponction de la masse annexielle : reste blanche.

21 mai :

Intervention.

Abcès de l'ovaire gauche : annexectomie gauche.

Traitement conservateur à droite malgré un petit hydrosalpinx.

28 mai :

Premier lever.

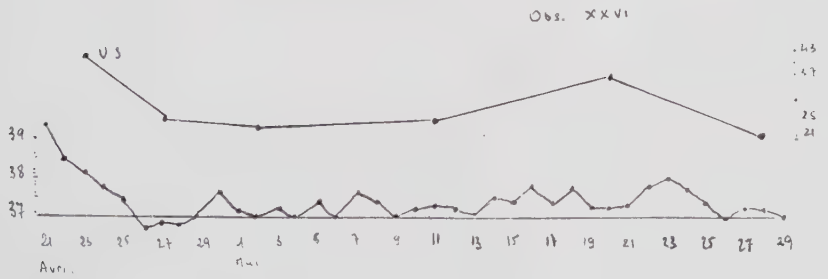
Température : 37°.

V.S. : 21.

— Revue le 13 avril 1954 : pour douleurs dans la région annexielle et cycles irréguliers.

T.V. : Utérus dévié à gauche. Adhérences sensibles. Petit ovaire droit sensible.

Traitement : Physiothérapie. Traitement de Karnaky.



OBSERVATION XXVII

M^me^ K... Jacqueline, 22 ans.

Entre le 7 octobre 1953.

Douleurs abdominales très violentes, obligeant la malade à s'aliter.

Pertes purulentes.

Examen :

Malade pâle, fatiguée.

Température : 38°6.

Abdomen souple, respirant bien.

Douleur pelvienne diffuse à la palpation.

T.V. : Mobilisation utérine douloureuse. Cul-de-sac droit empâté. Cul-de-sac postérieur : grosse masse tendue, dense, peu douloureuse.

Traitement : Colpotomie, écoulement de liquide séreux.

Immédiatement, incision de Pfannenstiel, pensant à un kyste de l'ovaire prolabé. Petites masses gélatineuses libres dans le péritoine, le tout collé, rendant difficile l'accès du Douglas.

Salpingotomie : On referme avec drain dans le Douglas.

Identification du germe dans le pus prélevé : γ.

Traitement médical : Dihydrobipénicilline.

16 octobre :

Ventre souple.

Aucune douleur pelvienne.

T.V. : Mobilisation utérine un peu douloureuse.

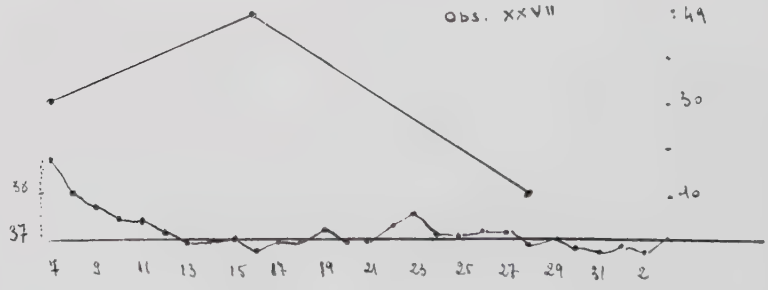
28 octobre :

Culture γ : négative.

Température : 37°.

V.S. : 10.

Traitement : Terramycine.



16 novembre :

Très bon état général.

Malade très améliorée par la terramycine.

On décide d'intervenir.

— A l'intervention :

A droite : Ovaire d'aspect normal, mais trompe charnue et épaissie, paraissant oblitérée.

A gauche : Lésions tubaires encore plus marquées. Ovaire volumineux, kystique.

Annexectomie gauche.

Salpingectomie droite.

Suites opératoires : hématome de la paroi. Incision et drainage.

5 janvier 1954 :

Bon état général.

T.V. : Rien à signaler.

---

b) INTERVENTIONS CHIRURGICALES ALORS QUE LA VITESSE DE SEDIMENTATION A REPRIS UNE VALEUR NORMALE

La diminution de la vitesse de sédimentation traduisant le refroidissement des processus infectieux, le moment optimum pour une intervention chirurgicale sera celui où la sédimentation aura repris sa valeur normale.

Nous rapportons ici les observations de deux malades chez lesquelles on n'est intervenu qu'après un traitement médical, avec des vitesses de sédimentation très basses.

Chez une malade apyrexique, ayant au toucher vaginal un utérus gros et bosselé la valeur de la vitesse de sédimentation à 90 fait écarter le diagnostic de fibrome simple.

Après trois semaines de traitement médical, la sédimentation est à 8.

Intervention : gros utérus avec fibrome développé sur la face antérieure.

L'utérus est fixé par deux pyosalpinx qui occupent la basse totalité du Douglas.

Hystérectomie totale.

Excellentes suites opératoires.

Dans la seconde observation, la poussée de pelvi-péritonite aiguë, avec au T.V. un utérus noyé dans une réaction inflammatoire cède au traitement médical.

Intervention alors que la vitesse de sédimentation est revenue à 4.

L'examen anatomo-pathologique traduit le refroidissement de l'inflammation : salpingite subaiguë bilatérale.

Excellentes suites opératoires.

Au point de vue opératoire, la valeur pronostique de la vitesse de sédimentation s'adresse surtout aux suites de l'intervention, beaucoup plus favorables si l'on a pu attendre qu'elle ait repris sa valeur normale.

OBSERVATION XXVIII

M^me^ A..., 46 ans.

Entre le 15 mai dans le service :

Douleurs du bas-ventre et pertes purulentes.

Examen :

Température : 37°6.

Faciès pâle.

Palpation abdominale douloureuse mais pas de signes péritonéaux.

T.V. : On palpe difficilement une grosse masse abdominale, sensible à la pression, où on ne peut individualiser une annexe. Culs-de-sac comblés et bloqués. Pelvis bloqué. Aucune mobilité utérine.

Traitement : Glace, antibiotiques.

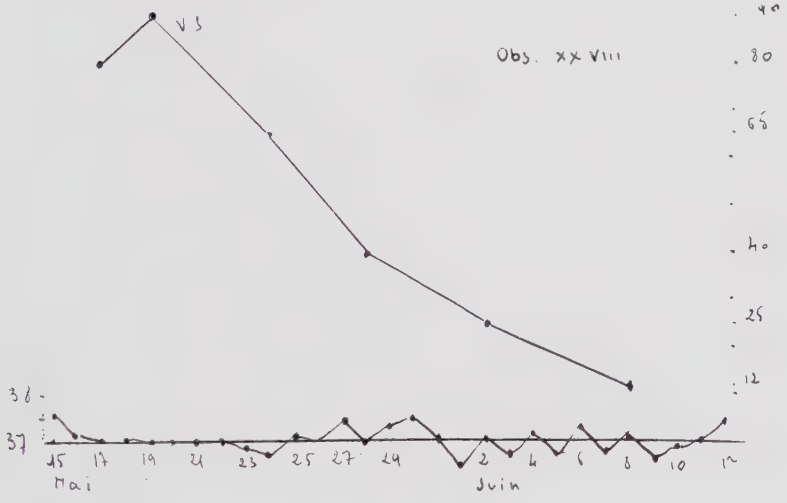
20 mai :

T.V. : L'utérus se précise, gros, bosselé. Fibrome. Mais V.S. à 90

29 mai :

T.V. : Utérus toujours gros. Mobilité réapparaît.

V.S. : 45. Apyrexie.



3 juin :

V.S. : 25. On envisage l'intervention.

12 juin :

V.S. : 8 mm.

Intervention : Gros utérus fixé en profondeur par deux pyosalpinx qui occupent la totalité du Douglas.

OBSERVATION XXIX

M^me^ C... Georgette.

Entre dans le service le 18 mai 1953, pour :

Poussée de pelvi-péritonite survenant à la fin de ses règles.

Examen :

Température : 37°8.

Douleurs réveillées par la palpation de toute la région abdominale sous-ombilicale.

T.V. : Utérus noyé dans une réaction inflammatoire pelvi-péritonéale. Culs-desac comblés par une masse dure, douloureuse.

Traitement : Tifomycine 2 gr. par jour.

Sous l'influence du traitement : apyrexie, la lésion fond, la V.S. diminue progressivement.

8 juin :

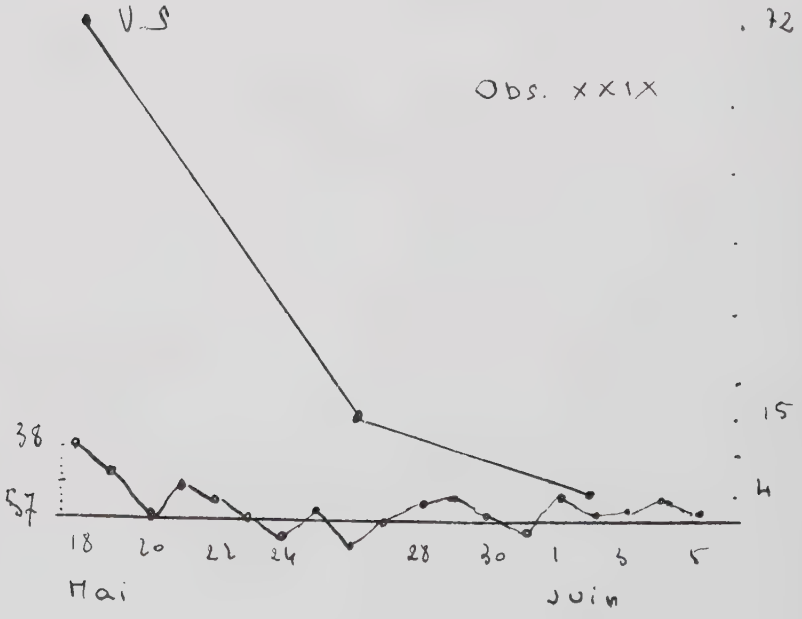
T.V. : Masse annexielle gauche, un peu sensible.

9 juin :

Intervention : Annexectomie droite. Salpingectomie gauche.

(Examen anatomo-pathologique : Salpingite subaiguë bilatérale).

Suites normales.



CHAPITRE VII

ANOMALIES APPARENTES DE LA COURBE DE VITESSE DE SÉDIMENTATION

a) OPPOSITION ENTRE VITESSE DE SEDIMENTATION ET COURBE DE TEMPERATURE

Dans l'observation suivante, après un curettage, alors que la courbe de température reprend une valeur normale, se maintenant au-dessous de 37, la courbe de vitesse de sédimentation, s'accélère de 16 à 25 pour marquer un plateau pendant six jours et reprendre une valeur normale à 8.

Dans ce cas, l'accélération de la vitesse de sédimentation n'est pas due à un état inflammatoire, mais aux désintégrations qui accompagnent l'involution utérine.

Dans le post partum normal, le retour aux valeurs physiologiques de la vitesse de sédimentation ne se produit qu'au bout de trois semaines environ.

OBSERVATION XXX

M^me^ B..., 21 ans.
Entre dans le service le 18 mai 1954.
Pertes de sang et coliques utérines après aménorrhée de 3 mois.

Dans la nuit expulse un fœtus de 3 mois.

Frissons répétés toute la nuit et température à 40°.

Examen :

Col ramolli déhiscent. Utérus gros, Culs-de-sac douloureux, mais souples. Saignement modéré.

19 mai :

Curettage.

22 mai :

Température : 37°2.

V.S. : 16.

T.V. : Col encore entr'ouvert. Pertes assez abondantes. Culs-de-sac sensibles.

25 mai :

Température : 36°5.

V.S. : Utérus gros et douloureux. Annexes droites sensibles.

29 mai :

Température : 36°9.

V.S. : 25.

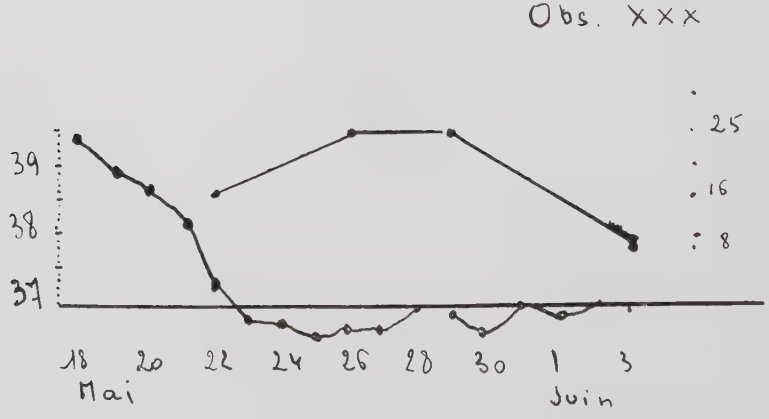
T.V. : Grande amélioration locale.

2 juin :

Température : 37°.

V.S. : 8.

T.V. : Légère sensibilité des annexes droites.



b) OPPOSITION ENTRE VITESSE DE SEDIMENTATION ET CONSTATATION OPERATOIRE

Dans l'observation rapportée plus haut page 71, alors que la vitesse de sédimentation était à 8 millimètres, à l'intervention l'utérus est apparu fixé par 2 pyosalpinx occupant tout le Douglas. Le traitement médical avait entraîné le refroidissement des lésions inflammatoires, mais non la disparition des masses salpingiennes.

La vitesse de sédimentation normale est un test biologique permettant d'affirmer que la réaction humorale est achevée.

CHAPITRE VIII

ETUDE DE LA VITESSE DE SÉDIMENTATION DANS LES G. E. U.

L'intervention pratiquée d'urgence, sitôt le diagnostic de G.E.U. porté, ne nous a pas permis d'établir de courbes de V.S. au cours de telles affections.

On sait le moindre intérêt d'une V.S. isolée, mais nous avons relevé la vitesse de chute des hématies, dans 6 cas, juste avant l'opération.

Les valeurs obtenues ont été très variables :

1 fois : V.S. 4 mm. en 1 heure.

3 fois : V.S. entre 25 et 30 mm.

2 fois : V.S. 45 mm. en 1 heure.

L'augmentation modérée de la V.S. (5 fois sur 6) n'a jamais atteint les accélérations importantes relevées lors des annexites aiguës par exemple.

M. Guissaz (Suisse) signale des valeurs de V.S. très élevées chez des malades ayant eu un avortement tubaire avec hématocèle infectée.

Ne possédant pas d'observations nous permettant de nous faire une opinion, nous avons cru de quelque intérêt de faire appel à l'expérimentation chez l'animal.

ETUDE EXPERIMENTALE SUR L'ANIMAL

Nous avons utilisé, pour ces expériences, des lapins, matériel facile à se procurer et à manipuler.

— A l'état normal, le millimètre cube de sang compte chez le lapin de 5 à 6 millions de globules rouges.

— Pour rendre ce sang incoagulable dans le tube de Westergreen, il nous a fallu employer une dose de citrate supérieure à celle qui est suffisante pour le sang humain, soit 0,6 centi mètre cube.

— Les hématies de lapin, se présentent sous forme de disques ronds et aplatis, sans tendance à s'empiler les uns sur les autres, donc sans tendance à sédimenter chez l'animal sain.

— En effet nous n'avons jamais obtenu de sédimentation avec le sang d'un lapin intact. La colonne sanguine est restée telle quelle dans le tube de Westergreen.

Mais au cours des expériences nous avons vu se produire une V.S. plus ou moins accélérée selon les cas.

— Nous avons essayé de réaliser un tableau comparable à celui de l'hémorragie succédant à une rupture de G.E.U. chez ces animaux en prélevant par ponction veineuse du sang que nous avons ensuite réinjecté dans la cavité péritonale.

Technique

Prélèvement : Le prélèvement a été fait à la veine marginale de l'oreille du lapin.

Après avoir rasé les poils à l'endroit où la veine est le mieux visible et désinfecté par lavage avec un tampon d'alcool, on enfonce dans la paroi antérieure de la veine un tube de verre de faible calibre, relié à une pompe à vide. Le sang est recueilli dans un ballon stérile.

On peut ponctionner ainsi facilement une quantité de sang relativement importante.

Inoculation intra-péritonéale : Pratiquée en 2 temps, selon la méthode indiquée par M. Dujarric de la Rivière. On transperce la peau, préalablement rasée et désinfectée de la région sous-ombilicale, puis la paroi abdominale.

Premier temps : Soulever la peau. Enfoncer l'aiguille à la base du pli cutané parallèlement à la peau.

Deuxième temps : Relever la seringue perpendiculairement à la paroi. L'aiguille bute contre l'aponévrose. Lacher alors la peau.

Perforer la paroi musculaire et enfoncer l'aiguille de 2 à 3 millimètres dans la cavité péritonéale.

Injecter lentement.

Résultats

I. — v.s. après saignée.

Chez un lapin dont la V.S. au départ était de 0, des saignées de 10 cm^3, pratiquées de 2 en 2 jours jusqu'au prélèvement total de 50 cm^3 n'ont pas entraîné d'apparition de la sédimentation.

II. — v.s. après saignée et réinjection dans la cavité péritonéale.

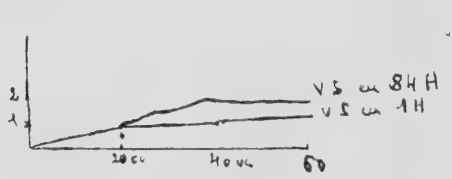
a) *Ponctions succesives de* 10 cm^3 *suivie de réinjections.*

Chez un lapin, dont la sédimentation était nulle au début nous avons pratiqué de 2 en 2 jours des saignées de 12 cm^3, suivies de réinjection (5 fois). Chaque fois la V.S. a été mesurée et ce n'est qu'après l'injection de 30 cm^3 que l'on a vu se manifester un halo au-dessus de la colonne sanguine. La V.S. existait mais était inférieure à 1 au bout d'une heure et n'avait pas varié après 24 heures.

b) *Ponctions de 20 cm³ suivies de réinjections.*

En prélevant 22 cm³ et en réinjectant 20 cm³ (3 fois chez le même lapin) de 2 en 2 jours, nous avons pu constater, 48 heures après la première injection, une V.S. à 1 au bout d'une heure, n'ayant pas varié en 24 heures.

Après les deux dernières injections, la V.S. s'est élevée à 1,5 au bout d'une heure et 2 en 24 heures.



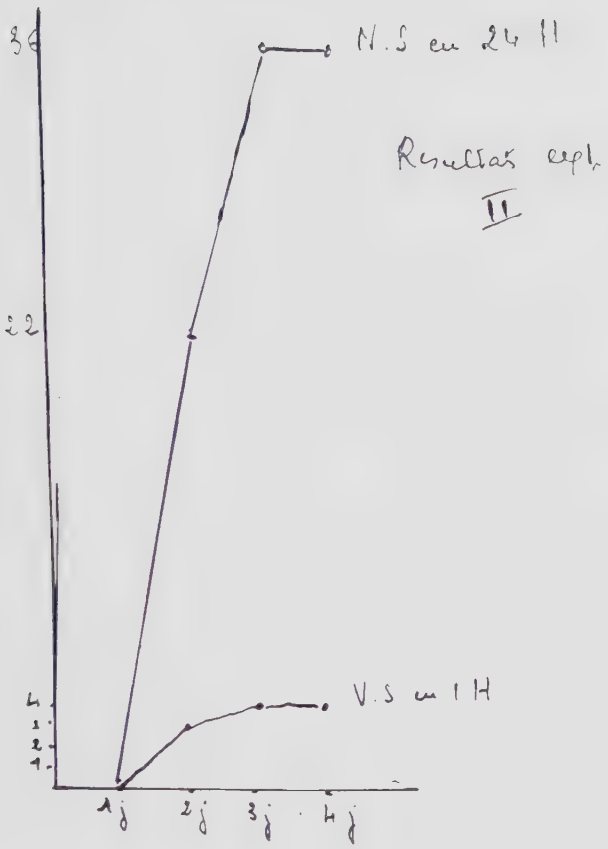
c) *Ponction et réinjection de 40 cm³.*

La réinjection de 40 cm³ dans la cavité péritonéale en une seule fois a provoqué une apparition à peine marquée de la sédimentation le lendemain. 48 heures après la vitesse de chute des hématies était de 2 millimètres à la première heure, non modifiée au bout de 24 heures.

III. — V.S. APRÈS SAIGNÉE ET RÉINJECTION DE SANG ADDITIONNÉ D'UNE CULTURE MICROBIENNE.

Après ponction de 10 cm³, nous avons ajouté au sang avant de le réinjecter, une préparation microbienne renfermant du staphylocoque et du colibacille, espérant réaliser une infection de l'hémorragie intra-péritonéale.

Ce n'est que 48 heures après l'injection que la sédimentation, nulle le jour de l'infection et le lendemain, a amorcé une accélération à 3 mm. à la première heure. Mais en 24 heures elle atteignait 22 mm., augmentant encore le lendemain, 4 mm. en 1 heure, 36 mm. en 24 heures, valeur à laquelle elle s'est maintenue 2 jours.



Conclusions expérimentales.

Le lapin est un animal d'expérience défavorable pour l'étude de la sédimentation sanguine car ses hématies n'ont pas tendance à s'empiler et à sédimenter.

Cependant, la sédimentation peut se produire dans des conditions pathologiques (inflammation par exemple) et on peut en pratiquer la mesure et étudier ses variations.

La V.S. est apparue au cours de nos expériences alors que les manipulations avaient été faites avec le maximum de garan-

ties d'asepsie. Il nous semble donc que la seule présence de sang dans la cavité péritonéale, éleve la V.S., mais de façon beaucoup moins réelle que lorsque se joint à cet apport de sang une infection microbienne.

Les résultats donnés par cette expérience semblent être conforme à la théorie exprimée par M. Guiessaz. Malgré la variabilité des résultats de V.S. obtenus, une accélération très considérable est en faveur d'une infection de l'hématocèle.

CHAPITRE IX

LE PRONOSTIC PAR LA VITESSE DE SÉDIMENTATION

Chaque fois que la courbe de vitesse de sédimentation a été pratiquée durant une affection gynécologique, elle nous a fourni de précieux renseignements.

Dans les inflammations aiguës : La valeur initiale de la vitesse de sédimentation nous permet d'évaluer l'ampleur des désintégrations de l'organisme et l'intensité de la réaction humorale dès le début de l'affection.

Dans les inflammations aiguës comme dans les inflammations chroniques : La courbe de vitesse de sédimentation va nous donner des indications beaucoup plus précises que la température sur :

— l'évolution de la maladie : seul le retour à la normale de la vitesse de sédimentation, plus tardif en général que le retour à l'apyrexie, permet d'affirmer la guérison et l'absence de réaction humorale ;

— le refroidissement des processus inflammatoires : une collection annexielle, par exemple, d'origine inflammatoire bien que demeurant cliniquement perceptible, peut-être considérée comme refroidie dès que la vitesse de sédimentation a repris sa valeur normale ;

— l'approche des complications : Alors que les courbes de température et de vitesse de sédimentation étaient parallèles c'est la courbe de vitesse de sédimentation qui reprend la première une allure ascendante, permettant de dépister l'apparition du nouveau fait pathologique.

UTILITE PRATIQUE DE LA COURBE DE VITESSE DE SEDIMENTATION

L'utilité de la courbe de vitesse de sédimentation nous paraît indubitable.

Surveillance d'un traitement : L'étude de courbe de sédimentation nous montre la manière dont l'affection va réagir au traitement mis en œuvre, pouvant inciter à le modifier, alors que l'état général de la malade paraît satisfaisant, que la température est à 37° et que l'état local n'a pas empiré.

Choix de l'heure chirurgicale : L'absence de réactions inflammatoires dès que la vitesse de sédimentation a une valeur normale facilite beaucoup l'intervention et rend les suites opératoires plus bénignes.

Utile dans la période qui précède l'intervention, la courbe de vitesse de sédimentation garde tout son intérêt dans les suites opératoires.

CONCLUSIONS

La vitesse de sédimentation est un examen facile à faire, très peu onéreux, dont la lecture ne demande qu'une heure. La courbe de sédimentation peut être obtenue sans difficultés.

Dans tous les cas d'affections gynécologiques elle nous a paru être la traduction beaucoup plus stricte des réactions de l'organisme que la courbe de température. L'absence de réaction humorale nécessaire à son retour à la normale constitue, seule, un test de guérison valable.

A l'opposé, une accélération isolée de la vitesse de sédimentation doit constituer une mise en garde, incitant à rechercher l'apparition d'une complication ou la survenue de rechute.

Comme en médecine générale, la mesure répétée de la vitesse de sédimentation nous paraît devoir être, en gynécologie, dans toutes les atteintes inflammatoires de l'appareil génital, un examen indispensable, examen de routine, qui fournira dans tous les cas de très utiles indications.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen :
Pour le Doyen,
l'Assesseur, R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury :
MAGENDIE.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 28 avril 1955.
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barbier J. et Piquet G. — La sédimentation sanguine en pratique médicale courante. Masson, éditeur.

2. Doring G.-K. et Weber G. — Les variations de la teneur en protéine du sérum sanguin avec le rythme du cycle menstruel, mesures faites à l'aide de la détermination du poids spécifique du sérum. *Arch. Gyn.* 1951, 179, n° 4, pp. 442-450.

3. Dubarry J.-J. — Etude sur la réaction de sédimentation des hématies en clinique. *Thèse,* Bordeaux, 1934, n° 113.

4. Dujarric de la Rivière R. et Eyquem A. — Les groupes sanguins chez les animaux. Individualités sanguines et tissulaires. Flammarion, éditeur.

5. Dumas J. — Les animaux de laboratoire. Flammarion, éditeur.

6. Frank L.-J. — De la courbe de la sédimentation globulaire. *Thèse,* Paris, 1949, n° 138.

7. Goldberg A., Conway I.-H. — Méthodes de mesure de sédimentation. *British Medical Journal.* Londres, 47779, pp. 315-317.

8. Guiessaz E. — Epreuve de la vitesse de sédimentation globulaire en obstétrique et gynécologie. *Gynécologie et Obstétrique,* Déc. 1949, pp. 480-487.

9. Hamilton G.-M. — La vitesse de sédimentation globulaire au cours de la grossesse. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.,* juin 1953, n° 3, pp. 409-415.

10. Homburger F. — Variations physiologiques de la vitesse de sédimentation globulaire. *Thèse,* Genève, 1940, n° 1.746.

11. Lewi S. — Hématocrite et vitesse de sédimentation sanguine. *Sem. des Hôpitaux,* (26 - 30 août 1954), 52 - 53, pp. 3.058-3.061.

12. LEWI S. — Recherche sur la sédimentation sanguine. Rôle des anticoagulants et du volume globulaire. *Annales de Médecine*, Paris, 54, 6 (1953), pp. 457-483.

13. MARCOVICI. — Intérêt clinique de la sédimentation sanguine. Le François, éditeur.

14. SJTAZENBERGER. — Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de Biernacki (sédimentation sanguine). *Thèse*, Montpellier, 1936, n° 6.

15. TIFFENEAU R. — Etude biologique et chimique de la sédimentation globulaire. *Thèse*, Paris, 1941, n° 254.